Nr. 1 R. 1938 STYCZEŃ — LUTY ROK XXXIII

KRONIKA DENTYSTYCZNA

DWUMIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ, SPRAWOM ZAWODOWYM, DENTYSTYCE SPOŁECZNEJ, USTAWODAWSTWU I ADMINISTRACJI SANITARNEJ.

Redaktor i wydawca: Lekarz-dentysta **Maurycy Krakowski.**

Cena ogłoszeń jednorazowych i rocznych — według umowy

Klisze do rysunków dostarcza firma. Za treść działu ogłoszeń redakcja nie odpowiada.

Należność pobierana jest za każdy zeszyt po jego ukazaniu się.

Cena zeszytu zł. 3, zagranicą zł. 3.50, dla studentów i kolegów niezamożnych zł. 2.

Prawne miejsce dochodzenia należności Warszawa.

Konto P. K. O. Nr. 11.361.

WARSZAWA

Redakcja i administracja: **Rymarska Nr. 8. Tel. 11-70-26.**

Opłata pocztowa uiszczona gotówką.

Historia fabrykacji zębów porcelanowych stwierdza, że stale kroczyła ona ku ulepszeniom.

Przed blisko 50 laty wprowadzono tylko nową zasadę umocowania zaczepek (kramponów).

Od owego czasu w fabrykacji zębów nie zaszły żadne zmiany. Różne fabryki posiłkowały się wprowadzoną inowacją, stale ją naśladując.

Ostatnio Fabryka zębów „VITA"" uczyniła przewrót w fabrykacji, wprowadzając nowy rodzaj zębów, opartej na zasadzie tonacji barw, będącej w związku z zastosowaniem trójwarstwowej trudnotopliwej, twardej, dokładnie wypalonej porcelany, co znacznie potęguje jej trwałość i ścisłość. Potwierdzone to zostało drogą badań mikroskopowych, nie wykazujących w budowie żadnych pęcherzyków. Dzięki tonacji barw przez nakładanie trójwarstwowej porcelany jedynie ząb „VITA" całkiem zbliżony jest do naturalnego, co każdy praktyk sam stwierdzić może.

Umocowanie zaczepki (kramponu), oparte na prawie statyki, znajduje się w miejscu najodpowiedniejszym, w specjalnie dla tego celu porcelanie, co znacznie wzmacnia budowę zęba.

Dzięki wprowadzonej nowej zasadzie budowy zębów porcelanowych, opartej ściśle na badaniach naukowych, wyroby Fabryki „VITA", obejmujące różne rodzaje zębów, obecnie zajęły należne miejsce wśród dziś przestarzałych fabrykatów.

Wszelkich wyjaśnień w sprawie fabrykatów „VITA" udziela



Wyłączne zastępstwo

Handlowo-Przemysłowe Towarzystwo Dentystyczne

„ALRO"

WARSZAWA, WIDOK Nr. 6. TELEFON Nr. 2.31-54.

Nr. 1. R. 1938. STYCZEŃ — LUTY ROK XXXIII

KRONIKA DENTYSTYCZNA

DWUMIESIĘCZNIK

POŚWIĘCONY WSZYSTKIM GAŁĘZIOM DENTYSTYKI, CHOROBOM JAMY USTNEJ, SPRAWOM ZAWODOWYM, DENTYSTYCE SPOŁECZNEJ, USTAWODAWSTWU I ADMINISTRACJI SANITARNEJ ORAZ WSZELKIM ZAGADNIENIOM, OBCHODZĄCYM ŚWIAT LEK.-DENTYSTYCZNY.



STANISŁAW ZAKS **Warszawa**
Lekarz-dentysta

ZĘBY I MIGDAŁKI W ŚWIETLE PROCESÓW O PODŁOŻU ZAKAŹNYM

Gdyby zapytać *laryngologa* o przypuszczalną diagnozę schorzenia, dającego następujące objawy: „ciepłota około 39° C i wyżej, dreszcze przeważnie w początku, ból głowy, utrata łaknienia, stan ogólnego rozbicia, bóle mięśniowe, przeważnie w kończynach i krzyżu, silny ból gardła, utrudnione połykanie, częste bóle w kierunku jednego lub drugiego ucha, obrzmienie gruczołów chłonnych", to na zasadzie takiego opisu, cytowanego wg. dra B. Chorążyckiego, każdy laryngolog postawi coprawda dosyć ogólne, ale pewne rozpoznanie: *angina,* uważając za punkt wyjścia schorzenie migdałków.

Jeśli powyższy opis przeczyta lub usłyszy podobne narzekania chorego *lekarz-dentysta,* będzie szukał przyczyny nie w migdałkach, lecz przede wszystkim w zębach. A ponieważ pacjent o tych objawach, jeśli nie nastąpiły (co się często zdarza) po wyraźnym schorzeniu zębów, udaje się przeważnie do specjalisty chorób gardlanych, leczenie zostaje w wielu przypadkach skierowane na drogę ściśle laryngologiczną, przy czym doraźnie w razie ostrego przebiegu względnie zaostrzenia się sprawy zostaje zastosowana terapia ogólna, dająca oczywiście wyniki czasowe i problematyczne.

W przypadkach np. częstych nawrotów schorzenia, rozpoznanego jako ostre, mieszkowate zapalenie migdałków stosuje się zabieg chirurgiczny, który w przypadku usadowienia się ogniska zakaźnego w zębach, będzie też wyrazem leczenia objawowego, a nie przyczynowego.

Lekarze obu specjalności, w których wyłania się obecnie coraz więcej zagadnień wspólnych i nie tylko związanych ze sprawami zapalnymi, ale i z wpływem migdałków podniebiennych oraz migdałka gardzielowego (Luschki) na rozwój kształtowanie się szczęk i układu zębowego i odwrotnie, powinni pamiętać zdanie Fraenkla, że wprawdzie migdałki najwięcej (w co dziś zresztą wątpimy) nadają się jako wrota otwarte dla zakażeń, jednak drobnoustroje, znajdujące się zwykle w każdej jamie ustnej, mogą w pewnych warunkach nabrać jadowitości, przeniknąć do migdałków i wywołać anginę.

Dr. Edmund Meyer, jeden z pierwszych doszedł na podstawie swych badań bakteriologicznych do wniosku, że *podczas anginy niezależnie od jej etiologii znajdują się w migdałkach te same drobnoustroje co w jamie ustnej*. Są to przeważnie paciorkowce i gronkowce, chociaż w dwóch przypadkach o klinicznym przebiegu angina lacunaris znaleziono laseczniki Löfflera.

Nie wdając się w omawianie roli pierścienia limfatycznego oraz nieskrystalizowanego zagadnienia etiologii i klasyfikacji anginy, co nie jest zresztą tematem niniejszej pracy, pozwolę sobie zaznaczyć, że w *praktyce lekarsko-dentystycznej stosunkowo często spotykamy się z anginą, wynikłą po urazach w jamie ustnej, zwłaszcza po ekstrakcjach i to zwykle dolnych zębów mądrości*. Należy zaznaczyć, że przebieg takiej anginy często mało różni się od angina lacunaris.

Dr. dr. Anthon i Kuczyński w swych badaniach nad zakażeniami migdałkowymi podkreślają, że ludzie zdrowi nie posiadają na powierzchni migdałków i w kryptach streptokoków hemolizujących, które są charakterystyczne dla początkowego okresu anginy. Skojarzmy to z faktem *utrudnionego* rozwoju streptokoka hemolizującego w zdrowej jamie ustnej i *wzmożonego* jego rozwoju przy procesach gnilnych i fermentacyjnych, gdzie jest ułatwione rozmnażanie kosztem wytworów rozkładającego się białka, a zrozumiemy, jaki wpływ na rozwój anginy może mieć ognisko zapalne na tle zębowym. Ma to swoją wymowę, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że paciorkowiec hemolizujący ginie wskutek braku produktów odżywczych na powierzchni normalnej śluzówki, natomiast w zagłębieniach może przebyć całymi tygodniami.

Faktu tego nie zmienia pogląd Goodale'a o wpływie toksyn, wchłanianych przez tkankę migdałkową, bowiem niezależnie od tego, czy przyjmiemy anginę pochodzenia zębowego za wyraz działania drobnoustrojów, czy też toksyn, kieszonki przy t. zw. ropocieku zębodołowym, a zwłaszcza przy dentitio difficilis molaris III, są świetnymi epruwetkami dla hodowli jednych czy drugich ciał.

Przy sprawach, związanych ze schorzeniem zwłaszcza zęba mądrości, angina występuje jako zespół objawów towarzyszących i, uznając sprawy

te, przybierające często postacie ropne, rozlane (phlegmona), za pewną jednostkę chorobową, nie wahalibyśmy się określić takiej anginy, jako objawową, dopełniającą obrazu klinicznego ostrej czy podostrej choroby zakaźnej na tle zębowym, tak samo, jak mamy do czynienia z anginą objawową przy grypie, szkarlatynie czy róży. I tutaj, jeżeli pacjent zwróci się do laryngologa, będzie on miał za zadanie zwrócenia uwagi chorego na sprawę, toczącą się w jamie ustnej i skierowanie go do specjalisty.

Z drugiej strony — należy wziąć pod uwagę trudności ścisłej lokalizacji schorzenia na początku jego przebiegu, kiedy często dominują objawy anginy, jak: silny ból gardła, utrudnione połykanie. Sądzić jednak należy, że nie zwalnia to lekarza od dokładnych oględzin jamy ustnej, co często zaoszczędzić może mylnego rozpoznania.

Ścisły związek między schorzeniami zębów i migdałków, schorzeniami, szerzącymi się per continuitatem lub contiguitatem, staje się jasnym po rozważeniu stosunków anatomicznych.

W bliskim sąsiedztwie poza migdałkiem spotykamy mianowicie zwieracz górny gardzieli (constrictor phar. sup.), wzmacniany powięzią. Sprawa zapalenia z okolicy zęba mądrości, a ta okolica jest najczęściej punktem wyjścia procesu, posuwa się podśluzowo do wiotkiej tkanki między mięśniem powyższym czy też powięzią a migdałkiem, tkanki, która zagęszczając się przechodzi w torebkę migdałkową. Zakażenie może się stąd rozszerzać w różnych kierunkach na zewnątrz, czy też w głąb, tworząc przetoki migdałkowe.

Od wyrostka rylcowego biegnie ku wspomnianej powięzi powięź rylcowo-gardzielowa, oddzielająca wypełnione tkanką wiotką duże przestrzenie: przedrylcową i zarylcową, z których ostatnia jest granicą dość odporną, po przezwyciężeniu jej jednak proces szerzy się już w najbliższym sąsiedztwie dużych naczyń (a. carotis, v. jugularis), mając otwartą drogę do śródpiersia.

Rolę, odpowiadającą zwieraczowi gardzieli, odgrywa bardziej ku przodowi (na wewnętrznej powierzchni żuchwy) m. mylohyoideus.

W świetle powyższych danych uwypukla się konieczność szybkiej interwencji stomatologicznej.

Do schorzeń, łączących zainteresowania stomatologów i laryngologów, należeć będą niewątpliwie stomatitis ulcerosa i angina Plaut-Vincent. Walter Weinberger w swych uwagach o pracy Morelli'ego, traktującej o etiologii, semiotyce i terapii stomatitis ulcerosa, podkreśla łączność tego schorzenia z aginą czy pharingitis i także z zaburzeniami charakteru gastrycznego.

Przy formach, łączących się z cierpieniami gastrycznymi nasuwała by się teoria, iż przez śluzówkę wydzielają się w chorobach natury ogólnej szkodliwe produkty przemiany materii, prowadząc do następczych zmian

zapalnych. Zachodzi tu pewne podobieństwo do różnych stomatitis na tle działania metali ciężkich, polegającego na wydzielaniu metalu z jego połączeń przez naczynia włosowate śluzówki jamy ustnej.

W niektórych przypadkach u osób wrażliwych może dojść do stomatitis ulcerosa typu allergicznego przy spożywaniu mleka i produktów mlecznych (H. Sturm). Są to jednak przypadki b. rzadkie, a właściwa stomatitis ulcerosa wiąże się ze sprawami zębowymi, czego dowodem jest fakt, że w ustach bezzębnych obserwowana nie była. Choroba zaczyna się zwykle zaczerwienieniem i lekkim obrzękiem brzegów dziąseł przy utrudnionym żuciu twardszych pokarmów, które potem staje się bolesne. W ciągu 2—3 dni sprawa rozszerza się na całe dziąsło, a jako nowe objawy przybywa ogólne osłabienie, podwyższenie temperatury, małe jednak potęgujące się krwawienia z dziąseł oraz charakterystyczny zgniły zapach, przypominający woń akacjową i znikający po gojeniu się owrzodzeń bolesny obrzęk gruczołów. Źródłem krwawienia są właśnie te owrzodzenia, które rozszerzają się na całą śluzówkę prócz okolicy kłów i dwuguzkowców. Sprawa ma tendencję do cofania się w ciągu tygodnia, może jednak przejść w stan przewlekły lub dawać nawroty. Przebieg niekiedy jest bardzo burzliwy z rozszerzeniem się zapalenia na błonę śluzową policzków, język i migdałki.

Stomatitis ulcerosa powstaje niewątpliwie na tle zaburzeń odżywczych śluzówki. Do zmniejszenia jej odporności przyczyniają się bardzo często czynniki lokalne, mające swe źródło w przewlekłych zaburzeniach zgryzowych, tak podkreślanych przez prof. Meissnera. Jak wiadomo, Karoly zwrócił po raz pierwszy uwagę, że zęby obu szczęk nie znajdują się nigdy w stosunku do siebie w stanie spoczynku, ale podczas dnia i nocy przez ucisk, zgrzytanie zębów i t. d. dojść może do przeciążenia pewnych zębów ewentualnie ich grup, a przy tym do niedociążenia innych, co nie pozostaje bez wpływu na odporność podlegających stałemu urazowi tkanek okołozębowych, ułatwiając działanie drobnoustrojom. To też po wyłączeniu zmian chorobowych w samych zębach należy zbadać wzajemny ich stosunek zgryzowy i w problemie ukształtowania zgryzu szukać ważnych momentów etiologicznych stomatitis ulcerosa.

Jest rzeczą zastanawiającą, że stomatitis ulcerosa prawie zawsze występuje z anginą Plaut—Vincent lub krótko przed nią. Ze względu na objawy oraz znajdywanie w obu cierpieniach formy symbiozy bacillus fusiformis i spirochaeta refringens Morelli dochodzi do przekonania, że stomatitis ulcerosa jest anginą Plaut—Vincent dziąsła i śluzówki jamy ustnej.

Przechodząc do omawiania anginy Plaut—Vincent, zaznaczę, że wg. Jacquez'a Purga, zmniejszenie odporności jamy ustnej tylko w 5% przypadków uwarunkowane jest schorzeniem ogólnym, a w pozostałych przy-

padkach ma związek ze *sprawami zębowymi*, których nie podobna ominąć w etiologii tej anginy. Występuje ona w postaci białego nalotu na migdałkach, zwykle jednostronnie; u dzieci w wieku około 6 lat (okres zmiany uzębienia), u dorosłych najczęściej w okresie pojawienia się zęba mądrości. Niejednokrotnie sprawa ogranicza się do występowania nalotu przy nieznacznej gorączce; po kilku dniach nalot znika (postać „dyfterytyczna"), częściej jednak dochodzi do owrzodzenia. Objawy ogólne są w lekkich postaciach nieznaczne, dominuje ból gardła. Przypadki jednak wyjątkowo ciężkie z rozległymi owrzodzeniami gardzieli prowadzić mogą do zejścia śmiertelnego.

Jeżeli wziąć pod uwagę wiek, w którym pojawia się schorzenie, zwykle niehigieniczny stan jamy ustnej chorego, jednostronne występowanie i to po stronie zębów chorych, nie trudno wysnuć wniosek o zależności tego schorzenia od stanu jamy ustnej. Nie można oczywiście pominąć roli krętków i prątków wrzecionowatych, które można zawsze wykryć i u ludzi zdrowych dokoła trzonowców, pomiędzy papillae języka i w kryptach migdałków. Drobnoustroje te znajdują się w stanie pewnej równowagi w jamie ustnej normalnej, a w przypadkach patologicznych zaczynają się silnie rozmnażać, dominując nad pozostałą florą. Niepodobna odmówić tym krętkom i prątkom pewnej roli w nienależycie zresztą wyświetlonej etiologii i epidemiologii anginy Plaut-Vincent, ale nie podobna też zaprzeczyć, że sprawy zębowe stanowią poważny, co najmniej usposabiający czynnik w schorzeniu, czego dowodzą liczne przypadki szybkiej likwidacji anginy po leczeniu stomatologicznym.

Po omówieniu zależności między sprawami infekcyjnymi migdałków i uzębienia, należy poruszyć *kwestię oddziaływania obu tych narządów na cały organizm*. Doniosłe znaczenie bowiem w naszej praktyce posiada zadanie ustalenia *pierwotnych wrót względnie ognisk pierwotnego zakażenia*, znajdujących się b. często w jamie ustnej czy gardzielowej i dających w następstwie zapalenie zastawek sercowych, nerek, mięśni, stawów. Zresztą, wg. danych dra Allerhanda, wpływ tych ognisk infekcyjnych nie omija żadnej specjalności lekarskiej. Problem ten, poruszony po raz pierwszy przez polskiego uczonego, Kaczorowskiego, podlega w dalszym ciągu ożywionej dyskusji, zapoczątkowanej przez uczonych amerykańskich. Istotnie, zagadnienie „oral sepsis" ma ogromne znaczenie nie tylko dla zdrowia jednostki, ale i społecznego (wystarczy tylko wspomnieć rolę „oral sepsis" w etiologii gośćca stawowego); nic też dziwnego, że posiada ono ogromną literaturę.

Długi spór na temat wyższej procentowości ognisk pierwotnego zakażenia w migdałkach niż w zębach został, jak się zdaje, rozstrzygnięty kompromisowo; uznajemy, że częstość występowania i następstwa w przebiegu przewlekłego zapalenia migdałków, które może się nie ujawniać ani ich

zaczerwienieniem, ani powiększeniem oraz w następstwie przewlekłych przywierzchołkowych spraw zapalnych zębów, są jednakowe.

Jeśli chodzi o t. zw. ropociek zębodołowy oraz inne schorzenia okołozębia, to dają one objawy dostrzegalne, ale zmiany przywierzchołkowe stanowią niebezpieczne, bo utajone ogniska zakaźne ze względu na brak objawów klinicznych trudne do wykrycia. Nawet zdjęcie rentgenowskie nie jest decydujące, gdyż nie zawsze daje pojęcie o anatomo-patologicznych właściwościach okolicy przywierzchołkowej, ponieważ często ogniska resorbcji mogą nie zawierać żadnych bakterii i odwrotnie — w okolicy przywierzchołkowej rentgenologicznie bez zmian względnie ze zmianami bardzo słabymi wykrywano przy aseptycznym wyjęciu zęba bakterie przy foramen apicale zęba (Stein).

Ogniska przewlekłe w jamie ustnej i gardzieli mogą ulegać co pewien czas zaostrzeniu. Niekiedy wyrazem takiego stanu przewlekłego będzie foetor ex ore. Tonsillektomia zastosowana na skutek sprawy, rozpoznanej mylnie jako migdałkowa, będzie tak samo zabiegiem nieskutecznym, jak i czynności przedsięwzięte w jamie ustnej, gdy nie zróżnicowano przykrego zapachu z ust na skutek rozkładających się czopów migdałkowych.

Pozwolę sobie w końcu przytoczyć dwa uzupełniające się w tej sprawie zdania przedstawiciela laryngologii i stomatologii.

Dr. Zygmunt Srebrny w swej pracy „O tonsillektomii‘ mówi: „Nie wolno stawiać wskazania do wyłuszczenia migdałków bez uprzedniego wyłączenia innych możliwych czynników, nie wolno na zasadzie pewnych objawów chorobowych ze strony narządów odległych lub stanu ogólnego lekkomyślnie wyprowadzać wniosku, że są one następstwem choroby migdałków; należy się zastanowić, czy źródło danej sprawy ogólnej nie leży gdzie indziej“.

A oto co pod słowem „gdzie indziej“ rozumie doc. Grabner, stomatolog (Graz) w pracy p. t. „Der gegenwärtige Stand der Fokalinfektion“: „Dziś jeszcze często przy szukaniu ukrytego ogniska zakaźnego przechodzi się do porządku nad zaniedbaną o licznych ogniskach infekcyjnych jamy ustnej, aby zwrócić całą uwagę na migdałki i maleńki punkcik ropy na nich wziąć za patogenetyczną przyczynę odnośnego schorzenia“. Autor podkreśla, że schorzenia migdałków biorą początek często z infekcji zębów i ich otoczenia, zwłaszcza przy utrudnionym wyrzynaniu się dolnego zęba mądrości, co zresztą niejednokrotnie obserwuje się przy współpracy z kliniką oto-rhino-laryngologiczną.

Zadaniem niniejszego szkicu było podkreślenie, że *niezależnie od współpracy między laryngologiem a lekarzem-dentystą na terenie szybko rozwijającej się dziedziny stomatologii, procesy infekcyjne dają duże pole do wspólnego działania przedstawicielom tak blisko związanych już choćby anatomicznie ze sobą dziedzin lekarskich.* Tylko, że ta współpraca nie może

być taka, jak ją sobie wyobraża pewien autor, którego nazwiska nie wymienię, że w przypadkach podejrzenia laryngologa o łączność schorzenia migdałków z zębami, powinien on po stwierdzeniu istnienia próchnicy „sprawdzić czy są bóle zębów, bolesność na ciepło i zimno, przy opukiwaniu“. A dalej stwierdzić rentgenologicznie obecność zmiany w szczęce i co najciekawsze: „o ile rentgenogram nie daje wyjaśnienia, skierować chorego do dentysty dla zbadania prądem faradycznym“.

Nie mamy nic przeciwko i tak pojętemu badaniu stomatologicznemu. Przeciwnie, jesteśmy zdania, że dokładne badanie jamy ustnej powinno być obowiązkiem nie tylko laryngologa, ale i internisty. Tylko, że nie zamierzamy przy skierowaniu do nas chorego ograniczać się do badania zębów prądem faradycznym, ale zadaniem naszym, zresztą zadaniem wspólnym dla lekarzy obu specjalności będzie stwierdzenie w takich przypadkach związku przyczynowego między schorzeniami zębów i migdałków, a ewentualnym wpływem tych schorzeń na cały ustrój.

PIŚMIENNICTWO.

1. *Dr. Brokman i Dr. Sparrow:* Z etiologii i epidemiologii anginy Plaut—Vincent i stomatitis ulcerosa, „Przegląd Epidemiologiczny“. Z Państwowego Zakładu Epidemiolog. w Warszawie. 2. *Dr. Chorążycki.* Co to jest angina? Warsz. Czas. Lek. Nr. 11/1925. 3. *Dr. Goldenberg A.* O wrzodziejącym zapaleniu jamy ustnej (stomacacae), wywołanym prątkami wrzecionowatymi i krętkami. Czasop. Lek. Nr. 6—8, 1907. 4. *Dr. Grabner.* Der gegenwärtige Stand der Fokalinfektion. Zeitschrift f. Stomatologie Nr. 12/1937. 5. *Prof. Meissner A.* Czynnik mechaniczny w etiologii paradentozy. Kronika Dentystyczna, Nr. 3, r. 1934. 6. *Prof. Morelli.* Die ulzeröse Stomatitis und ihre Behandlung. Zeitschrift f. Stomatologie, Nr. 2, 1937. 7.*Prof. Paeschler.* Rozpoznawanie przewlekłych ognisk infekcyjnych w jamie ustnej, Münch. med. Wochschr. Nr. 45 46, 1931; ref. Czas. Lek. Nr. 6, 1932. 8. *Dr. Purg J.* Angina Vincent a zęby. La Presse Medicale Nr. 36, 1924; ref. P Gaz. Lek. Nr. 32 1924. 9.*Dr. Raciążek.* Gościec — współzawodnikiem gruźlicy. Warsz. Czas. Lekarskie, Nr. 11/1928. 10. *Dr. Rateau-Marville.* Amygdales et dents de sagessae. Revue de Laryngologie Nr. 6 1931. 11. *Prof. Simon.* Die Bedeutung der Munduntersuchung f. die Diagnostik allgemeiner Erkrankungen. Zeitschrift f. Stomatologie, Nr. 5, 1937. 12. *Dr. Srebrny Z.* O tonsillektomii. Warsz. Czas Lek. Nr. 11 1925. 13.*Prof. Weinberger.* Die ulzeröse Stomatitis und ihre Behandlung. Zeitschrift f. Stomatologie, Nr. 5/1937.

M. KRAKOWSKI **Warszawa**
Lekarz-dentysta

ŚRODKI USPOKAJAJĄCE I PRZECIWBÓLOWE W ZĘBOLECZNICTWIE Z UWZGLĘDNIENIEM PYRALGINU SPIESSA.

Zębolecznictwo w swoich dziedzinach, czy dotyczy to postępowania zachowawczego, czy też chirurgicznego, niezależnie od właściwych zabiegów, ma również za zadanie zwalczanie bólu zapobiegawczo, lub też występującego jako objaw następczy. Na powstawanie bólu składają się różne czynniki, powodujące chwilowe lub dłużej trwające zaburzenia czynnościowe w układzie nerwowym, szczególnie w przypadkach znacznego napięcia nerwów w związku z urazem lub na skutek stanu pobudzenia, towarzyszącego różnego rodzaju zapaleniom (pulpitis, periodontitis, periostitis, dolor post extractionem i post operationem, neuralgia n. trigemini, odontalgia w przebiegu grypy, chorób infekcyjnych i in.). W tych przypadkach należy też wziąć pod uwagę oddziaływanie czynnika drażniącego. Przewidziane leczenie objawowe polega na uśmierzaniu bólów i obniżaniu pobudzonego stanu pacjenta, które to zadanie w naszej specjalności ma b. ważne znaczenie.

Wiadomo, iż do powyższych celów najbardziej nadają się preparaty makowca (morfina, opium, kodeina, pantopon i inne związki). Z różnych jednak względów dla celów naszej praktyki codziennej przeważnie nie są one zalecane. Przede wszystkim ma się tu do czynienia z silnie działającymi narkotykami (heroica), pacjenci łatwo mogą się do nich przyzwyczaić, stosowanie ich jest prawnie ograniczone. Leczenie objawowe, przez nas zalecane, przeważnie nie jest długotrwałe wobec najczęściej słabego natężenia bólu w poszczególnych przypadkach (o wyjątkach nie mówimy).

Przemysł chemiczno-farmaceutyczny staje do pomocy t. zw. terapii objawowej, często związanej z terapią zasadniczą. Różni badacze i lekarze wytwórczość tę popierają dla dobra sprawy.

Bóle, jako zjawisko o wielkim znaczeniu subiektywnym, mają wielkie znaczenie dla pacjentów. Trwające niekiedy po zabiegu bóle przypisywane są nieodpowiedniemu postępowaniu, przeciwnie — ustąpienie bólów identyfikowane jest z pomyślnie uskutecznionym zabiegiem, świadczy też o dokładnie rozpoznanej chorobie, gdy np. nie można określić lokalizacji zaburzeń i działać miejscowo, ból bowiem niekiedy występuje daleko od zmian miejscowych.

Mamy szereg środków uspokajających (sedativa) i przeciwbólowych (analgetica). Środki te, mające na względzie zastąpienie narkotyków (przetworów makowca), są coraz liczniejsze. Stanowią one związki che-

miczne zgodnie z zasadą Burgi'ego o połączeniu środków o różnych punktach zaczepienia i podobnym działaniu farmakologicznym, działające jednak nie na ten sam, lecz na różne ośrodki mózgowe. Osiąga się w ten sposób spotęgowane działanie środków nawet kilkakrotne. W środkach tych mamy połączenie związków pochodnych pyrazolonu z pochodnymi kwasu barbiturowego. Działanie tu polega na zsumowaniu ich działania, z jednej strony zasadniczego charakteru działania pochodnych pyrazolonu — grupy przeciwgorączkowych (antipyretica), ujawniających działanie uspokajające (sedativa) i przeciwbólowe (analgetica), czyli wykazują słabe działanie narkotyczne na czynności czuciowe mózgu, z drugiej strony — działanie pochodnych kwasu barbiturowego, farmakologicznie należącego do grupy środków nasennych (hypnotica). Obydwa te składniki razem potęgują działanie obniżające pobudliwość różnych czynności mózgu. Inne środki tworzą połączenia pyramidonu z weronalem, też stanowiąc podstawę środków nasennych.

Znane są dotychczas środki dla omawianych celów: weramon (połączenie jednej drobiny mocznika dietylmalonowego z dwiema drobinami poch. pyrazolonu), werazolon (połączenie pyramidonu z weronalem), sedalgan (zw. amidoantipiryny poch. pyrazolonu i dwuaethylobromo-acetylmocznika), dormalgin (zw. pyrazolonu z pochodnym mocznika), sedormid, allonal (zw. równocząstkowy poch. antipiryny z kwasem allyloizopropylobarbiturowym), cibalgina (połączenie dialu zw. mocznika z pyramidonem), compral (cząsteczkowe połączenie trójchloro-etylometanu z pyramidonem), noctal (zw. barbiturowy o silnym działaniu nasennym), gardan (poł. poch. pyrazolonu), trigemina (dwumethylo-aminoantipyryna + wodan butylochloralu, energiczne analgeticum przy nerwobólach n. trójdzielnego).

Wśród tych, rzecz prosta, są preparaty, działające dodatnio, są też działające energicznie nasennie. Nieraz też dla osiągnięcia należytego wyniku w poszczególnych przypadkach pożądana jest zmiana środka, bowiem pacjenci przyzwyczajają się do nich.

Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i Syn w Warszawie oddały do użytku terapeutycznego nowy preparat uspokajający i przeciwbólowy — *pyralgin,* który znalazł już szersze zastosowanie jako lek o łagodnym działaniu, co zwłaszcza pożądane jest w praktyce zębolecznicze j.

Pyralgin stanowi połączenie dwumethyloaminofenylo-dwumethylopyrazolonu z węglanem salicylanu etylu, czyli w preparacie tym występują dwie grupy, działające kojąco i w pewnym stopniu przeciwgorączkowo, zaś nie zawiera pochodnych mocznika, a więc nie działa nasennie, co jest ważne w przypadkach krwawych zabiegów (post extractionem), szczególnie gdy preparat dla celów przeciwbólowych zalecany jest na noc, kiedy to często krwawienia wznawiają się; mocniejszy sen nie jest po-

żądany dla uniknięcia przykrych następstw. Wiadomo, że pacjenci dla skuteczniejszego działania zalecanego środka przyjmują nieraz podwójną a nawet potrójną porcję (ilość tabletek), czy to na skutek silniejszego bólu, lub też zapobiegawczo. Wiadomo, że nasenne działanie niektórych środków jest spotęgowane. Prawda, że środki nasenne (np. związki barbiturowe, należące farmakologicznie do grupy nasennych) w swym działaniu też obniżają pobudliwość różnych czynności mózgu; zdawało by się więc, że dobroczynne działanie tych środków jest zgodne z ich przeznaczeniem. Tak istotnie jest, gdy sprawa dotyczy szeregu różnych zjawisk chorobowych. W pewnych jednak warunkach zwalczania bólu musimy się liczyć ze zbyt silnym działaniem środków nasennych, w przypadkach np. otwartych ran krwawiących w jamie ustnej, dających dosyć często objawy wtórne, jak zaznaczono, krwawienia resp. krwotoki następcze.

U pewnej pacjentki usunięto kilka korzeni w dolnej szczęce. Na skutek bólów następczych pacjentka zażyła kilka tabletek środka przeciwbólowego. Okazało się, że podczas mocnego snu w nocy nastąpiło silne krwawienie; pacjentka budziła się, wypluwała skrzepy i ponownie zasnęła, krwawiene trwało. Dopiero nad ranem zgłosiła się do lekarza, gdzie zastosowano tamponację. Pacjentka była osłabiona i w dalszym ciągu senna.

Z powyższych względów, aczkolwiek wśród środków przeciwbólowych mamy środki o skutecznym działaniu, jednak w przypadkach przytoczonych należy zalecać je w niewielkich ilościach, zwłaszcza post extractionem, a już nigdy na noc.

Spotęgowanie działania przeciwgorączkowego pyralginu przez połączenie ze związkiem salicylanu etylu ma dodatnie znaczenie wobec tego, że dosyć często objawom bólu w różnych schorzeniach naszej specjalności towarzyszy stan gorączkowy. Również w grę tu wchodzić może tło reumatyczne, na którym to tle, jak wiadomo, powstawać mogą objawowe bóle zębów, ozębnej, dziąseł i stawu żuchwowego bez widocznych zmian miejscowych.

Pyralgin znalazł już szersze zastosowanie *w medycynie ogólnej*.

Dr. Stanisław Teppa wypróbował ten środek na Oddziale chorób nerwowych Szpitala Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie na odpowiednim materiale klinicznym. Szczegóły podał w nr. 20—1937 r. czasop. „Medycyna Praktyczna“ (Poznań).

Podawano go albo doraźnie po 0,5—1,0 grm, t. j. po 1—2 tabletek, lub też 3 razy dziennie po 1 tabletce, zależnie od cierpienia i żądanego efektu. Materiał kliniczny był różny. Podawano go: przy bólach głowy, towarzyszących schorzeniach organicznym, lub też bez specjalnego tła, przy bólach w kręgosłupie i kończynach na tle schorzeń gruźliczych lub na skutek

nowotworów. Drugą grupę stanowili chorzy, cierpiący na rwę kulszową i na bóle mięśniowe. Poza tym podawano pyralgin doraźnie przy narzekaniach na bóle neuralgiczne w zakresie nerwu trójdzielnego, bóle zębów, bóle stawowe i inne. Opisane przez dr. Teppy przypadki kliniczne, w których stosowano pyralgin, dotyczyły stanu podniecenia i niepokoju z powodu silnych bólów głowy na skutek zapalenia opon mózgowych.

Pyralgin, podawany po 0,5 g. w początku choroby, uspokajał i sprowadzał zmniejszenie cierpień. Przy bólach różnego pochodzenia na tle kiłowym (cephalea luetica), na skutek wzmożenia ucisku śródczaszkowego niewiadomego pochodzenia, po nakłuciu lędźwiowym i bez specjalnego tła, przy silnych bólach u chorych na schorzenia kręgosłupa, często wymagających zastosowania środków odurzających, również dawał pomyślne wyniki. Uspokojenie bólu niekiedy trwało kilka godzin.

Dr. Teppa zaznacza, że działanie przeciwbólowe pyralginu jest na ogół dobre, a zawodzi wówczas, gdy z powodu silnych bólów również inne środki nie usuwają cierpień.

Zdaniem dr. Teppy, ocena działania środków przeciwbólowych nie jest łatwa, albowiem oparta jest często tylko na zdaniu chorego. Zaznacza, że przy szerokim stosowaniu jakiegoś środka łatwo można się przekonać o nieusazadnionym często z góry uprzedzeniu, jakie niektórzy chorzy mają do przepisanego leku. U neurotyków i histeryków np. należy w ogóle zrezygnować z oceny działania przeciwbólowego podawanego leku, gdyż orzeczenia tych chorych wprowadzają jedynie lekarza w błąd. Dr. Teppa spotykał chorych, którzy twierdzili, że bóle ustawały w parę minut po zażyciu tabletki, inni znowu narzekali, że tabletki i proszki nie działają, żądali zaś zastrzyków. Ten materiał starał się on wyeliminować ze swoich badań i obserwacji. Z działania przeciwbólowego pyralginu, stosowanego na dużym materiale klinicznym, był on na ogół zadowolony, nadmienia jednak, że preparat był niekiedy zawodny przy bardzo silnych bólach, z czym spotykał się i przy stosowaniu innych środków. Autor ten zaznacza, iż działanie pyralginu następuje zwykle w 15—30 minut po zażyciu i trwa różnie długo, zależnie od przypadku i ilości podawanego leku. Chorzy z przewlekłymi bólami, podawali najczęściej, że bóle ustawały na okres 5—7 godzin po 0,5—1,0 g. preparatu, czasem jednak, jakkolwiek rzadziej, tylko na 2—3 godziny.

Pyralgin był skuteczny przy stosowaniu doraźnym w przypadkach bólów mięśniowych o charakterze gośćcowym.

Należy podkreślić, że leczniczo pyralgin bardzo dodatnio wpływa na samopoczucie chorego i niejednokrotnie chorzy, u których to leczenie przerwano z jakichkolwiek powodów, upominali się o dalsze podawanie środka. Chorzy preparat znoszą dobrze; nie ma ujemnego wpływu na przewód pokarmowy; jedynie niektórzy pacjenci podawali, że wystę-

powały poty, jak to zresztą się dzieje przy stosowaniu związków salicylowych.

Dzięki skutecznym przeciwbólowym i uspokajającym własnościom, pyralgin znajduje coraz większe rozpowszechnienie i zastosowanie w różnych dziedzinach medycyny, uważany jako środek nieszkodliwy i nie powodujący przyzwyczajenia. Wobec braku działania nasennego może być podawany o każdej porze, nie przeszkadza więc w pracy, jak to np. się dzieje przy stosowaniu środków analogicznych o wybitnym działaniu nasennym. Aczkolwiek środek ten jako wyrób krajowy nie ma jeszcze obszernego piśmiennictwa, jednak w szybkim tempie toruje sobie drogę w szeregu różnych środków o podobnym działaniu.

To też, biorąc pod uwagę zalety pyralginu, wypróbowałem go w naszej specjalności. Wiadomo, że właśnie w dziedzinie zębolecznictwa spotykamy się bardzo często z dolegliwościami o różnym natężeniu bólów, czy to jako objaw samoistny, czy też towarzyszący różnym zabiegom w dziedzinie zachowawczego leczenia zębów, jak i chirurgii, a więc w ostrych przypadkach wystąpienia bólów i jako środek zapobiegawczy u pacjentów wrażliwych dla umożliwienia leczenia, również po dokonanych zabiegach operacyjnych.

Przy stosowaniu arszeniku (w postaci past lub per se) dla umartwienia miazgi zębowej (dewitalizacji), jak wiadomo, pomimo jak najostrożniejszego zaaplikowania według ustalonych wskazań, wbrew twierdzeniom nektórych, często występują dolegliwości w postaci słabszego lub silniejszego bólu, bardzo przykrego, podkopującego niekiedy zaufanie pacjenta do naszej interwencji. Ból ten zależny jest od stanu zapalnego miazgi, jako też od warstwy osłaniającej miazgę. Wszak nie zawsze udaje się nam ułatwić działanie arszeniku drogą t. zw. punktu krwawego, powodującego, jak wiadomo, częste wystąpienie przykrego wstrząsu. Dla celów zapobiegawczych wskazane jest w tych razach zażycie 2—3 tabletek pyralginu dziennie w różnych odstępach czasu. Proces nekrotyzacji miazgi ma wówczas przebieg łagodniejszy, nie przeszkadza w pracy dziennej, a, gdy arszenik zastosowano w późnych godzinach, pyralgin zapobiegał wystąpieniu bólów w nocy.

W różnych postaciach bólu na skutek zapalenia ozębnej i okostnej kości szczękowych (periodontotitis, periostitis) pyralgin również działa uśmierzająco, szczególnie w ostatnim przypadku, gdy stwierdza się też podniesioną ciepłotę. Wraz z bólami miejscowymi ustępował ból głowy, jaki często tym cierpieniom towarzyszy. W pewnym przypadku u 30-kilkoletniego pacjenta na skutek zgorzeli mazgi lewego g. bocznego siekacza, która to powstała z przyczyny ucisku kła retencyjnego, nastąpiło silne zapalenie kości g. szczęki, któremu towarzyszyły w ciągu dwóch dni silne dokuczliwe bóle miejscowe oraz podniesiona ciepłota z dreszczami. Pa-

cjent bardzo osłabiony nie mógł przyjmować pokarmów. Wyjęcie. Po zabiegu nastąpiły spotęgowane bóle, nie tylko miejscowe, lecz w całej połowie głowy. Zalecono 5 tabletek pyralginu (1 kartonik po 5 sztuk). Jedną pacjent zażył zaraz, następnie miały być zażyte co 2 godziny po jednej. Po 3 pastylkach w ciągu dnia bóle ustąpiły, wieczorem pacjent czuł się dobrze; następnego dnia, pomimo że obrzmienie jeszcze nie ustąpiło, pacjent wrócił do zajęć codziennych. Żadnego szkodliwego działania nie zauważono, pomimo znacznego osłabienia pacjenta.

W innych przypadkach bólów okostnowych pyralgin dawał również dodatnie wyniki.

Ból poekstrakcyjny (dolor post extractionem), dosyć często spotykane zjawisko w praktyce codziennej po usuwaniu zębów, szczególnie przy sprawach zawikłanych bez różnicy przyczyny (złamanie, głęboko zniszczone zęby lub pnie), po dłutowaniach lub odcięciach wierzchołka korzeniowego, przy głębokim łyżeczkowaniu zębodołów, przy usuwaniu głęboko tkwiących martwaków, pyralgin daje też dobre wyniki jako środek uspokajający ból.

Przy nerwobólach nerwu trójdzielnego, szczególnie na tle grypowym, stwierdzono, że pyralgin działa silniej, aniżeli antipyryna lub fenacetyna. Od 2 tabletek (a 0,5) ból uspokaja się na kilka godzin. Przy dłuższym użyciu nie działa ujemnie i nie powoduje zaburzeń w przewodzie pokarmowym. W silniejszych bólach neuralgicznych dawka może być podwojona; porcja taka jest mniej szkodliwa, aniżeli preparat morfiny, który jest daleko szkodliwszy i powoduje przyzwyczajenie.

W przypadkach utrudnionego wyrzynania się zębów mądrości, którym nieraz towarzyszą długotrwające bóle, pyralgin również działa skutecznie.

Należy wzmiankować, że pyralgin jest też bardzo pomocny w bólach głowy nieokreślonego pochodzenia.

Reasumując powyższe, dochodzimy do wniosku, że w szeregu środków uśmierzających ból i uspokajających pyralgin zdobywa poważne miejsce dzięki następującym cechom:

1) dawkowanie jest łatwe: dorosłym 2—3 razy dziennie po 1 tabletce, nie więcej niż 6 tabletek dziennie; dzieciom: od 1/2—2 tabletek dziennie, lub więcej, zależnie od wieku. Dla praktyki codziennej sprzedawany jest w małych porcyjkach w kartonikach po 5 tabletek po 0,5 g. i w rurkach po 20 tabl., każda tabletka może być rozdzielona na 2 połówki;

2) uśmierza bóle, stanowiące częste zjawisko w praktyce zęboleczniczej, nie powoduje senności, co zwłaszcza jest niepożądane po operacjach krwawych w jamie ustnej, szczególnie podczas snu;

3) pyralgin w bólach różnego pochodzenia, o których wzmiankowano

wyżej, zalecany doraźnie lub zapobiegawczo, uspokajał je stosunkowo szybko, po 15—30 minutach po zażyciu tabletki;

4) obserwacje stwierdziły, iż pyralgin jest środkiem łagodnym i odpowiada wymaganiom, stawianym lekom do uśmierzenia bólów, szczególnie w leczeniu objawowym;

5) pyralgin nadaje się też do stosowania w praktyce dziecięcej (dawki p. wyżej), szczególnie u dzieci lękliwych i niecierpliwych;

6) efekt uspokojenia bólu następuje nie tylko w przypadkach bólów pochodzenia mechanicznego; lecz i centralnego. (neuralgie).

Pyralgin przepisuje się:

Rp. Pyralgin Spiess
D. I oryg.
S. Zażyć 1—1 1/2 tabletki po dokonanym zabiegu (lub po zaaplikowaniu wkładki arszenikowej). W razie wystąpienia bólów co 3 godz. po 1 tabl

---

Myśli wybrane.

„Niektórzy lekarze próbują ująć etykę lekarską w pewne przepisy, formułki i paragrafy. Sądzę jednak, że przepisy te pozostaną na zawsze martwą literą, jeżeli nie będą wypływały z własnego poczucia lekarzy, z ideałów, jakie powinny przyświecać naszej działalności.“

„Nie widziałem nigdy, żeby zbytnia popularność i towarzyskość wyszły kiedykolwiek lekarzowi na dobre. Przeciwnie, lekarz, lubiany jako towarzysz zabawy, nie zawsze jest mile widywany w chorobie.“

„Człowiek zarozumiały jest jako drzewo owocowe, które nadmiernie w koronę wyrasta, a mało rodzi owocu. Takie drzewo — pyszałek wyciąga dla siebie wszystkie soki z otoczenia, przywłaszcza sobie wszystkie promienie słońca i gubi tym sposobem życie w otoczeniu. Dla patrzącego z daleka drzewo takie jest ozdobą ogrodu, w rzeczy zaś samej jego zakałą.“

„Człowiek prawdziwie wykształcony pojmuje, że wiedza jego wobec tego, co on wiedzieć powinien, jest małym strumykiem wobec oceanu, małym kręgiem światła wśród niezmierzonych ciemności. Prawdziwa więc wiedza prowadzi zawsze do skromności, a zarozumiałość stoi w odwrotnym stosunku do wiedzy.“

„Pomiędzy godnością osobistą, a zarozumiałością jest ta różnica, że pierwsza każe człowiekowi unikać złych czynów, jako przynoszących mu ujmę, druga zaś każdy własny czyn uważa za dobry. Pierwsza więc jest aniołem stróżem człowieka, druga — jego pochlebcą.“

Dr. Władysław Biegański.
„Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej“.

Dział streszczeń.

Dr. Krzywobłocki. **Rzadki przypadek przerostowego guza kiłowego wargi dolnej.** Z Kliniki Dermatoolgicznej U. St. B. w Wilnie. Przegl. Dermatologiczny nr. 3, r. 1936 r. XXXI.

Zebrane 15 przyp. Fourniera (1904) dotyczą wyłącznie *guzów na wargach* i to w przeważającej większości na jednej warde, zaledwie tylko trzy spostrzeżenia dotyczą guzów, umiejscowionych na obu wargach.

Pierwsze objawy powiększania się wargi zazwyczaj ukazywały się w wieku 10—14 lat. Gavaio Gonzaga opisuje guz wargi górnej u 19-l. dziewczyny, przy czym pierwsze objawy pojawiły się w wieku 11 lat. Autorzy nazywają tę postać chorobową: syphiloma hypertroficum hereditarium tardum i podkreślają istnienie wielkich trudności rozpoznawczych, gdyż ze względu na późne występowanie często brak innych objawów oraz rzadko spotykane umiejscowienie; łatwo można schorzenie rozpoznać jako promienicę, lub sprawę nowotworową. Jedynie badania serologiczne oraz cofanie się objawów pod wpływem swoistego leczenia przeciwkiłowego umożliwiają niekiedy rozpoznanie.

Przypadek autora: Chora, lat 33, zgłosiła się do kliniki 7.XII 1935 roku. Przed pięciu laty podczas wykonywania robót przymusowych na wyspach Sołowieckich w Z. S. S. R. ukazał się obrzęk i nieznaczne owrzodzenie nad lewym okiem. Niebawem obrzęk ten zajął górną wargę i sąsiadujące z nią części nosa i policzka. Przeprowadzone w Z. S. S. R. leczenie maściami było całkiem bezskuteczne i jedynie po nieznanym bliżej lekarstwie (prawdopodobnie jodku potasu) obrzęk czasowo się zmniejszył. Chorób wenerycznych rzekomo nie przechodziła. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Badanie narządów wewnętrznych większych odchyleń nie wykazało.

Nos siodełkowaty mimo zachowanych obu kości nosowych.

Podniebienie twarde wykazuje wadliwą budowę, tworząc t. zw. łuk gotycki.

Języczek zmniejszony do 1/3 normalnej wielkości i skrzywiony ku prawemu łukowi podniebiennemu.

W uzębieniu brak prawie wszystkich trzonowców, zaś na dwóch zachowanych siekaczach dało się stwierdzić istnienie półksiężycowatych wycinków na wolnych brzegach.

Na skórze twarzy ciemno-czerwone zabarwienie, przechodzące na całej górnej wardze w zabarwienie siniczne. Nos i przylegające do niego części policzków mają bardzo wyraźnie zaznaczoną sieć naczyń krwionośnych.

Cała warga górna znacznie powiększona tak, iż wystaje na trzy cm. ponad chorobowo niezmienioną wargą dolną. Powiększenie to ma cha-

rakter sprężystego guza, niebolesnego, pokrytego siniczo zabarwioną, napiętą skórą z licznymi małymi blizenkami i wągrami.

Nad obu łukami nadoczodołowymi oraz na policzkach nacieki płaskie, ciemno-czerwone, o wachlarzowatym ułożeniu i o brzegach wałowato-wzniesionych, ostro odgraniczonych od otoczenia.

Rozpoznanie przypadku nasuwało wiele trudności.

Nadzwyczaj wyraźne odczyny kiłowe we krwi pozwalały podejrzewać kiłę, zaś cały szereg objawów, jak półksiężycowate ubytki w zębach, siodełkowaty nos, gotyckie podniebienie i t.p. wskazywał na kiłę wrodzoną.

Sprawę wyjaśniło przeprowadzenie swoistej kuracji przeciwkiłowej.

Już po dwóch wstrzyknięciach N. Salv. i czterech wstrzyknięciach bismutum chinino-jodatum przy jednoczesnym doustnym podawaniu jodku potasu, guz wargi górnej zaczął bardzo prędko mięknąć i zmniejszać się, zaś płaskie wachlarzowato ułożone nacieki na czole i policzkach całkowicie ustąpiły. Po otrzymaniu 10 wstrzykiwań bismutu i 2,55 gramów neoarsenobenzolu, warga górna wróciła całkowicie do swej normalnej wielkości.

Ponieważ wynik leczenia stwierdził niewątpliwie pochodzenie kiłowe guza wargi górnej, to, biorąc pod uwagę istnienie objawów późnej kiły wrodzonej i charakterystyczne umiejscowienie, należy w tym przypadku postawić rozpoznanie syphiloma hereditarium tardum labii superioris.

Na podkreślenie zasługuje jeszcze fakt nadzwyczaj późnego wystąpienia objawów kiły wrodzonej, gdyż we wszystkich znanych dotychczas przypadkach syphiloma pierwsze objawy występowały w wieku 10—17 lat, zaś w przypadku autora dopiero w 28 roku życia.

Górski.

Dr. Wołkowyski. Wilno. **Przypadek wpadnięcia miazgociągu do lewego płuca.** Z Kliniki Oto-laryngologicznej Un. St. B. w Wilnie. Medycyna nr. 9, r. 35.

Piśmiennictwo dotyczące ciał obcych w drogach oddechowych, jest bardzo bogate. Jak autor nadmienia, sam przypadek ciała obcego w oskrzelu nie zasługiwał by jeszcze na omówienie, gdyby nie odmienny sposób jego przemieszczenia się.

Odrębną kategorię stanowią ciała obce metalowe, zwłaszcza gładkie, które dzięki swej własności fizycznej, a mianowicie, ciężkości, mają zdolność samoistnego przemieszczania się — wędrowania. Zdolność ta sprzyja przesunięciu się ciała metalowego do drobnych oskrzeli, co utrudnia, a niekiedy uniemożliwia wydobycie go przy pomocy bronchoskopii. Dotyczy to zwłaszcza ciał metalowych cienkich i gładkich, jak np. igieł, które mogą przedostawać się bardzo głęboko.

Przypadek autora dotyczy mężczyzny lat 22, który przybył do Kliniki

dnia 8 maja 1934 r., oświadczając, że dnia poprzedniego „połknął“ igłę dentystyczną ((miazgociąg) podczas „wyrywania nerwu z zęba“ przez dentystę. Po „połknięciu“ igły, zaczął kaszleć. Początkowo odczuwał kłucie w gardle. Obecnie żadnych dolegliwości nie odczuwa; jedynie przy kaszlu kłuje trochę w piersiach. Jeść może bez przeszkód. Badaniem narządów wewnętrznych odchyleń od normy nie stwierdzono. Badanie otolaryngologiczne zmian patologicznych nie wykazało. Ciepłota ciała normalna. W dniu przybycia chorego do Kliniki dokonano zdjęcia klatki piersiowej, na którym okazało się *ciało obce (igła) w polu płuca lewego,* w pobliżu cienia aorty, na wysokości III kręgu piersiowego, w płaszczyźnie tchawicy.

Dnia następnego dokonano w znieczuleniu miejscowym 10⁰/₀ kokainą z adrenaliną bronchoskopii górnej. Pomimo skrupulatnego przeszukiwania oskrzeli płuca lewego, ciała obcego nie znaleziono. Nazajutrz po zabiegu chory czuł się zupełnie dobrze; podawał, że w nocy miał dość silny napad kaszlu, który jednak szybko minął.

Po dwóch dniach przed przystąpieniem do powtórnej bronchoskopii skierowano chorego ponownie do zbadania radioskopowego. Ku ogólnemu zdziwieniu, pomimo starannych poszukiwań (dokonano 5 zdjęć w różnych pozycjach), ciała obcego w obrębie klatki piersiowej nie znaleziono. Poszukiwanie ciała obcego w drogach pokarmowych doprowadziło do stwierdzenia obecności igły, tkwiącej w ścianie przyśrodkowo-górnej żołądka. Dalsza kontrola w ciągu następnych dni wykazała, że igła znajduje się w tym samym miejscu, utkwiona w ścianie żołądka.

Po naradzie z chirurgiem, który orzekł, że w obecnym stanie nie ma żadnych wskazań do interwencji chirurgicznej, chorego na jego własne żądanie wypisano z kliniki, polecając mu poddawanie siebie stałej kontroli radiologicznej, celem obserwowania ewentualnego przesunięcia się igły.

Autor w piśmiennictwie znalazł opisy przypadków igieł w drogach oddechowych, podane przez: H. Lewenfisza, Eickena, Bauera i Sasaki. Eicken miał możność obserwowania 9 przypadków igieł w drogach oddechowych. W jednym z nich igła dentystyczna została aspirowana do oskrzela płuca lewego. Pomimo stwierdzenia radiologicznie igły w oskrzelu lewym bronchoskopią, ciała obcego nie znaleziono.

Po 4 dniach, po ustawieniu chorego głową opuszczoną ku dołowi, stwierdzono radiologicznie, że igła uległa przemieszczeniu i znajduje się tuż pod bifurkacją w oskrzelu prawym. Igłę usunięto.

W przypadku, opisanym przez Bauera, miazgociąg został aspirowany do oskrzela płuca lewego, co zostało stwierdzone radiologicznie. Bronchoskopią ciała obcego usunąć nie można było. Chory przebył zapalenie płuc. Po 7 miesiącach igła została przez chorego wykrztuszona wśród objawów kłucia w klatce piersiowej.

Lewenfisz opisuje przypadek, w którym podczas usuwania miazgi z

zęba miazgociąg usunął się z ręki lekarza-dentysty i wpadł do dróg oddechowych. Kilkakrotnie dokonane badanie rentgenowskie wykazało przesuwanie się ciała obcego coraz niżej, aż wreszcie ułożyło się ono poziomo tuż nad przeponą.

Wspomniane powyżej przypadki przypominają przypadek autora z tą tylko różnicą, że w jego przypadku chory połknął podczas snu wykrztuszone przez siebie ciało obce.

Sasaki, w celu wydobycia miazgociągu z oskrzela, zastosował zbudowany przez siebie elektromagnes, który przeprowadził przez rurę bronchoskopu do miejsca, gdzie znajdowało się ciało obce, wydobywając je w ten sposób.

Zarówno w przypadkach, opisanych przez Eickena i Bauera, jako też i w przyp. autora miazgociąg został aspirowany do oskrzela płuca lewego. Można wysnuć przypuszczenie, iż fakt dostania się igły do *oskrzela lewego* jest przyczyną niemożności natychmiastowego wykrztuszenia jej przez chorego, pomimo zdolności samoistnego przemieszczania się jej w drogach oddechowych. Dopiero, dzięki dłuższemu drażnieniu, spowodowanemu dłuższym przebywaniem ciała obcego w oskrzelu (przypadek Bauera), lub też z powodu poruszenia ciała obcego przez ruchy chorego, lub manipulację lekarza, ciało obce zostaje wykrztuszone przez chorego.

K.

Ustawodawstwo.

Dziennik Ustaw Rzp. Polskiej z dnia 31 stycznia r. 1938 poz. 33 podaje następujące rozporządzenie

USTAWA

z dnia 11 stycznia 1938 r.

o Izbach Lekarsko-dentystycznych.

Rozdział I.

Przepisy ogólne.

Art. 1. Naczelna Izba Lekarsko-dentystyczna i Okręgowe Izby Lekarsko-dentystyczne stanowią samorząd zawodu lekarsko-dentystycznego i rządzą się przepisami, zawartymi w ustawie niniejszej.

Art. 2. (1) Działalność Okręgowej Izby Lekarsko-dentystycznej obejmuje obszar jednego lub więcej województw.

(2) Okręgi działalności oraz siedziby poszczególnych Okręgowych Izb Lekarsko-dentystycznych po raz pierwszy — ustala Minister Opieki Społecznej, a powstających po utworzeniu Naczelnej Izby Lekarsko-dentystycznej — Minister Opieki Społecznej po zasięgnięciu jej opinii. Siedzibą Naczelnej Izby Lekarsko-dentystycznej jest m. st. Warszawa.

Art. 3. (1) Każda Izba Lekarsko-dentystyczna ma osobowość prawną.

(2) Językiem urzędowym Izb Lekarsko-dentystycznych jest język polski.

Art. 4. Do zakresu działania Izb Lekarsko-dentystycznych należy:

1) współdziałanie z władzami rządowymi i samorządowymi w sprawach zdrowia publicznego;

2) krzewienie i strzeżenie etyki, godności i sumienności zawodowej wśród członków;

3) współdziałanie z władzami rządowymi w sprawach wykonywania nadzoru nad praktyką lekarsko-dentystyczną;

4) przedstawicielstwo zawodu lekarsko-dentystycznego i obrona jego interesów;

5) piecza nad stanem materialnym członków izby, a w szczególności zakładanie za zgodą właściwej władzy i prowadzenie przymusowych instytucji ubezpieczeniowych oraz wzajemnej pomocy dla członków Izb Lekarsko-dentystycznych i ich rodzin;

6) popieranie instytucji naukowych oraz zakładanie, prowadzenie lub popieranie prac i instytucji społecznych;

7) sądownictwo dyscyplinarne;

8) sądownictwo polubowne.

Art. 5. Izby Lekarsko-dentystyczne korzystają z prawa używania pieczęci, której wzór zatwierdza Minister Opieki Społecznej w porozumieniu z Ministrem Spraw Wewnętrznych.

Art. 6. (1) Każda Izba Lekarsko-dentystyczna posiada własny regulamin. Regulaminy Okręgowych Izb Lekarsko-dentystycznych zatwierdza Naczelna Izba Lekarsko-dentystyczna, zaś Naczelnej Izby Lekarsko-dentystycznej — Minister Opieki Społecznej.

(2) Regulamin Izby zawiera przepisy:

1) o organizacji i trybie urzędowania organów, instytucji oraz biur Izby;

2) o sposobie prowadzenia ewidencji członków Izby;

3) o sposobie uiszczania składek rocznych oraz innych opłat na rzecz Izby;

4) w sprawach zleconych przez Ministra Opieki Społecznej;

5) w innych sprawach, przewidzianych ustawą niniejszą.

(3) Regulamin Izby może przekazywać wykonywanie niektórych czynności zarządu Izby Lekarsko-dentystycznej w miejscowościach odda-

lonych od siedziby Izby ustanowionym w tym celu deleagtom. Delegatów wyznacza zarząd Izby Lekarsko-dentystycznej z pośród jej członków, zamieszkałych w danej miejscowości.

Art. 7. (1) Izby Lekarsko-dentystyczne są wolne od wszelkich państwowych podatków i opłat w tym samym zakresie i w tych samych przypadkach, w jakich obowiązujące przepisy przewidują to w stosunku do związków samorządu terytorialnego; nie dotyczy to opłat pocztowych, telegraficznych i telefonicznych.

(2) Składki członkowskie, opłaty na rzecz instytucji, prowadzonych przez Izbę, koszty postępowania dyscyplinarnego oraz grzywny orzeczone prawomocnie są należnościami publiczno-prawnymi; w razie niewpłacenia ich w terminie oznaczonym — po uprzednim bezskutecznym upomnieniu przez właściwą Izbę Lekarsko-dentystyczną — będą ściągane razem z ustawowymi odsetkami zwłoki w drodze, przewidzianej dla należności, ściąganych w trybie egzekucji administracyjnej.

Rozdział II.

Okręgowe Izby Lekarsko-dentystyczne; obowiązki i prawa członków.

Art. 8. (1) Okręgowa Izba Lekarsko-dentystyczna składa się z osób, wpisanych na listę jej członków.

(2) Na listę członków Okręgowych Izb Lekarsko-dentystycznych będą wpisane zamieszkałe na ich obszarze działania osoby, które posiadają:

1) dyplom, wydany lub uznany przez Akademię Stomatologiczną w Warszawie lub Państwowy Instytut Dentystyczny, i są uprawnione do wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej;

2) prawo wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej na podstawie przepisów art. 2, pkt 2 — 7, art. 3 lub 28 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 10 czerwca 1927 r. o wykonywaniu praktyki dentystycznej (Dz. U. R. P. z 1934 r. Nr. 4, poz. 32);

3) prawo wykonywania praktyki lekarskiej w Polsce i zażądają wpisania ich na listę członków Okręgowej Izby Lekarsko-dentystycznej.

(3) Członek Izby Lekarsko-dentystycznej, wykonywający praktykę lekarsko-dentystyczną poza okręgiem Izby, w którym stale zamieszkuje, powinien być wpisany na listę członków Izby swego stałego miejsca zamieszkania.

(4) Zarząd Izby ma prawo zwalniania od obowiązku należenia do Izby osób, wymienionych w ust. (2) pkt 1) i 2), nie wykonywających praktyki lekarsko-dentystycznej.

Art. 9. Okręgowa Izba Lekarsko-dentystyczna może wykreślić członka ze swej listy w razie jego wyjazdu za granicę na czas dłuższy niż dwa

lata i zalegania przez ten okres czasu ze składkami członkowskimi, lub innymi opłatami na rzecz Izby.

Art. 10. (1) Członkowie Okręgowych Izb Lekarsko-dentystycznych są obowiązani przestrzegać zasad etyki, godnie zachowywać się i sumiennie wykonywać swoje obowiązki zawodowe.

(2) Z chwilą utworzenia przymusowych instytucji (art. 4 pkt 5) członkowie Okręgowej Izby Lekarsko-dentystycznej stają się członkami tych instytucji.

(3) Członkowie Okręgowej Izby Lekarsko-dentystycznej płacą na jej potrzeby składki roczne oraz opłaty, uchwalone przez Radę Izby na rzecz instytucji, przewidzianych w art. 4 pkt 5) i 6).

(4) Osoby, wymienione w art. 8 ust. (2) pkt 3) są zwolnione od obowiązku należenia do przymusowych instytucji (art. 4 pkt 5)) i od ponoszenia na ich rzecz opłat; ponadto zarząd Okręgowej Izby Lekarsko-dentystycznej może zwolnić te osoby całkowicie lub częściowo od składek rocznych.

(5) Członkowie Okręgowej Izby Lekarsko-dentystycznej pobierający emeryturę z innych funduszów lub opłacający składki emerytalne oraz członkowie, którzy nie wykonywają praktyki lekarsko-dentystycznej, mogą być przez zarząd Okręgowej Izby Lekarsko-dentystycznej zwolnieni od obowiązku należenia do instytucji wymienionych w art. 4 pkt 5). W przypadkach sporu rozstrzyga Naczelna Izba Lekarsko-dentystyczna.

(6) Szczegółowe przepisy, ustalające charakter prawny, organizację i sposób prowadzenia instytucji ubezpieczeniowych, wzajemnej pomocy i innych, utworzonych przy Izbach Lekarsko-dentystycznych w myśl ustawy niniejszej, określają statuty tych instytucji; statuty instytucji ubezpieczeniowych mogą przewidzieć prawo przyznawania w wyjątkowych przypadkach pomocy materialnej rodzinom członków Izby, skreślonych z jej listy.

(7) Do przymusowych instytucji, wymienionych w art. 4 pkt 5), stosuje się odpowiednio przepisy rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 26 stycznia 1928 r. o kontroli ubezpieczeń (Dz. U. R. P. Nr. 9, poz. 64); władze instytucji wymienionych w art. 4 pkt 5), oraz udział władz Izby w administracji tych instytucji ustalają ich statuty.

(8) Minister Skarbu w porozumieniu z Ministrem Opieki Społecznej zatwierdza statuty instytucji przymusowych, wymienionych w art. 4 pkt 5).

Rozdział III.

Ustrój i działalność Okręgowych Izb Lekarsko-dentystycznych.

Art. 11. Organami Okręgowej Izby Lekarsko-dentystycznej są: rada, zarząd, komisja rewizyjna i sąd dyscyplinarny.

Art. 12. (1) Wszystkie mandaty z wyborów sprawowane są bezpłatnie; regulamin Izby może przewidzieć przyznawanie zwrotu kosztów, poniesionych w związku z pełnieniem czynności w Izbie.

(2) Członkowie Izby są obowiązani przyjąć mandaty, powierzone im z wyborów; wyjątki od tej zasady określa regulamin Izby, który ustali jednocześnie warunki i sposób zrzeczenia się lub utraty mandatu oraz właściwość organów Izby do orzekania w tych sprawach.

(3) Prawo zrzeczenia się mandatu bez uzasadnienia służy członkom Izby, którzy:

1) ukończyli 60 lat życia,

2) byli członkami Rady Izby w jej ostatniej kadencji.

(4) Czas piastowania mandatu z wyboru trwa 5 lat; zasady ustępowania członków, zmiany lub ponownego wyboru organów Izby określa regulamin Izby.

Rada Izby Lekarsko-dentystycznej.

Art. 13. (1) Rada Okręgowej Izby Lekarsko-dentystycznej jest organem uchwalającym i kontrolującym.

(2) Do zakresu działania Rady Okręgowej Izby Lekarsko-dentystycznej należy w szczególności:

1) uchwalanie budżetu Izby oraz ustalanie wysokości składki wpisowej i rocznej na potrzeby Izby;

2) zatwierdzanie rocznego sprawozdania zarządu i zamknięcia rachunkowego;

3) rozporządzanie majątkiem Izby oraz rozstrzyganie w sprawach nabywania lub zbywania nieruchomości, ich obciążeń i regulacji hipotecznych;

4) uchwalanie i zmiany regulaminu Izby i statutów instytucji utworzonych przy Izbie;

5) sprawy, wymienione w art. 4 pkt 5) i 6);

6) uchwalanie wniosków, regulujących warunki pracy i płacy lekarzy-dentystów, celem przedłożenia tych wniosków właściwym władzom państwowym;

7) wybór członków Naczelnej Izby Lekarsko-dentystycznej;

8) sprawy, przekazane Radzie przez regulamin Izby, Naczelną Izbę Lekarsko-dentystyczną lub przez Ministra Opieki Społecznej.

(3) Uchwały Rady Okręgowej Izby w sprawach, wymienionych w art. 4 pkt 5), wymagają zatwierdzenia przez Naczelną Izbę Lekarsko-dentystyczną.

(4) Rada Okręgowej Izby ma prawo przekazywać zarządowi Izby niektóre sprawy, wymienione w ust. (2) pkt 3) — 6) włącznie.

Art. 14. (1) W Okręgowych Izbach Lekarsko-dentystycznych, liczących do 500 członków, Rada Izby składa się z 20 członków; w Izbach, liczących ponad 500 członków, liczba członków Rady powiększa się o jednego od każdej pełnej lub rozpoczętej setki członków Izby.

(2) Członków Rady Okręgowej Izby wybierają członkowie Izby, wpisani na jej listę nie później, niż na 30 dni przed dniem ogłoszenia wyborów.

(3) Na członka Rady Okręgowej Izby może być wybrany tylko członek tej Izby.

(4) Kadencja Rady trwa 5 lat.

(5) Minister Opieki Społecznej wyda przepisy, zawierające ordynację wyborczą do Rad Okręgowych Izb Lekarsko-dentystycznych.

Art. 15. (1) Rada Izby wybiera na okres kadencji:

1) Z pośród siebie:
   a) prezesa i wiceprezesa, którzy są prezesem i wiceprezesem Izby, Rady i zarządu,
   b) 3 — 8 członków zarządu,
   c) 2 — 4 zastępców członków zarządu,
2) Z pośród wszystkich członków Izby,
   a) Komisję Rewizyjną w liczbie 3 — 5 członków i 2— 3 zastępców i
   b) Sąd Dyscyplinarny Izby (art. 22).

(2) Z pośród członków zarządu i sądu dyscyplinarnego oraz ich zastępców przynajmniej połowa powinna stale mieszkać w siedzibie Izby lub jej pobliżu. Rada Izby może tworzyć poza siedzibą Izby stałe zamiejscowe wydziały sądu dyscyplinarnego.

(3) Rada lub zarząd Izby mogą z pośród wszystkich członków Izby powoływać komisje i powierzać im wykonywanie ściśle określonych zadań.

(4) Nie można łączyć w jednej osobie czynności członka zarządu, Sądu Dyscyplinarnego lub Komisji Rewizyjnej.

Zarząd Okręgowej Izby Lekarsko-dentystycznej.

Art. 16. (1) Zarząd Okręgowej Izby Lekarsko-dentystycznej jest jej organem wykonawczym.

(2) Zarząd Izby wybiera zpośród siebie sekretarza i skarbnika.

(3) Zarząd Izby nadto rozstrzyga wszystkie sprawy nie zastrzeżone Radzie Izby, składa radzie i Naczelnej Izbie Lekarsko-dentystycznej sprawozdania roczne ze swej działalności oraz załatwia wszelkie sprawy, przekazane Izbie przez władze państwowe, Radę, lub Naczelną Izbę Lekarsko-dentystyczną.

(4) Prezes Izby jest jej przedstawicielem na zewnątrz.

Komisja Rewizyjna Okręgowej Izby Lekarsko-dentystycznej.

Art. 17. (1) Komisja Rewizyjna jest organem kontrolującym działalność finansową i gospodarczą Izby oraz prowadzonych przez nią instytucji.

(2) Komisja Rewizyjna:

1) przeprowadza kontrolę finansową i gospodarczą organów i instytucji Izby;

2) opracowuje sprawozdanie ze swej działalności dla użytku Ministra Opieki Społecznej, Naczelnej Izby Lekarsko-dentystycznej i Rady Okręgowej Izby;

3) zgłasza do właściwych organów Izby wnioski co do ulepszenia gospodarki organów i instytucji Izby.

(3) Komisja Rewizyjna powinna wykonywać swe czynności co najmniej raz na rok przed rocznym zebraniem Rady Izby, a nadto, ilekroć uzna to za potrzebne Minister Opieki Społecznej, Naczelna Izba Lekarsko-dentystyczna lub Rada Izby.

Rozdział IV.

Naczelna Izba Lekarsko-dentystyczna.

Art. 18. (1) Naczelną Izbę Lekarsko-dentystyczną tworzą przedstawiciele Okręgowych Izb Lekarsko-dentystycznych i to w tym stosunku, że na każdą rozpoczętą liczbę 200 członków Izba Okręgowa wybiera po jednym przedstawicielu i zastępcy z pośród swych członków na okres 5 lat.

(2) Naczelna Izba Lekarsko-dentystyczna, jako przedstawicielka zawodu lekarsko-dentystycznego w Rzeczypospolitej Polskiej i władza nadzorcza Okręgowych Izb Lekarsko-dentystycznych, powołana jest, poza uprawnieniami, przewidzianymi w art. 4, do:

1) uzgadniania działalności Okręgowych Izb Lekarsko-dentystycznych,

2) zatwierdzania budżetów Okręgowych Izb Lekarsko-dentystycznych,

3) rozstrzygania odwołań od postanowień Okręgowych Izb Lekarsko-dentystycznych,

4) rozstrzygania sporów, powstałych między poszczególnymi Izbami Okręgowymi lub między Izbami, a ich członkami,

5) opracowania ramowych regulaminów Izb Lekarsko-dentystycznych i sądów dyscyplinarnych oraz ramowych statutów instytucji, powoływanych przez Izby,

6) ustalania ogólnych zasad etyki lekarsko-dentystycznej, które nie mogą być sprzeczne z zasadami etyki lekarskiej, ustalonymi przez Naczelną Izbę Lekarską,

7) wydawania dziennika urzędowego Izb Lekarsko-dentystycznych.

(3) Naczelna Izba Lekarsko-dentystyczna może nakładać przymusowe instytucje ubezpieczeniowe oraz wzajemnej pomocy, wspólne dla kilku lub wszystkich Okręgowych Izb Lekarsko-dentystycznych.

(4) Zarządzenia i uchwały Naczelnej Izby Lekarsko-dentystycznej obowiązują Okręgowe Izby Lekarsko-dentystyczne i ich członków.

(5) Koszty utrzymania Naczelnej Izby Lekarsko-dentystycznej i jej organów ponoszą Okręgowe Izby Lekarsko-dentystyczne; wysokość tych kosztów oraz zasady i sposób ich rozdziału pomiędzy poszczególne Okręgowe Izby Lekarsko-dentystyczne ustala Naczelna Izba Lekarsko-dentystyczna przy uchwalaniu budżetu.

(6) Postanowienia art. 11 — 17 stosuje się odpowiednio do Naczelnej Izby Lekarsko-dentystycznej i jej organów z tą zmianą, że czynności Rad w Okręgowych Izbach Lekarsko-dentystycznych spełnia w Naczelnej Izbie Lekarsko-dentystycznej walne zebranie przedstawicieli Okręgowych Izb Lekarsko-dentystycznych (ust. 1).

Rozdział V.

Odpowiedzialność dyscyplinarna.

Art. 19. (1) Członkowie Izby za naruszenie swych obowiązków, wymienionych w art. 10 ust. (1) — podlegają karze dyscyplinarnej.

(2) Członkowie Izby, jeżeli są członkami Izby Lekarskiej, nie podlegają właściwości sądów dyscyplinarnych Izb Lekarsko-dentystycznych.

(3) Kary, orzeczone przez sądy dyscyplinarne Izb Lekarskich na swoich członków, będących jednocześnie członkami Izb Lekarsko-dentystycznych, pociągają z mocy samego prawa te same skutki również na terenie Izb Lekarsko-dentystycznych.

Art. 20. (1) Osoby, wymienione w art. 8 ust. (2) pkt 1) i 2), zatrudnione w instytucjach rządowych, samorządowych, przedsiębiorstwach państwowych i instytucjach ubezpieczeń społecznych, nie mogą być pociągane bez zgody Ministra Opieki Społecznej, a zatrudnione w instytucjach wojskowych bez zgody Ministra Spraw Wojskowych — do odpowiedzialności dyscyplinarnej przez sądy dyscyplinarne Izb Lekarsko-dentystycznych za swe czynności służbowe.

(2) Uprawnienia swe z mocy ust. (1) Minister Opieki Społecznej może przekazywać wojewodom bądź Komisarzowi Rządu na m. st. Warszawę, a Minister Spraw Wojskowych — właściwym Dowódcom Okręgów Korpusowych, bądź Dowódcy Korpusu Ochrony Pogranicza i Szefowi Kierownictwa Marynarki Wojennej.

Art. 21. (1) Kary dyscyplinarne są następujące:

1) upomnienie,

2) nagana,

3) zawieszenie w prawach członka Izby na ściśle określony przeciąg czasu.

4) skreślenie z listy członków Izby Lekarsko-dentystycznej.

(2) Kary, wymienione w ust. (1), sąd dyscyplinarny może obostrzyć przez ogłoszenie ich w dzienniku urzędowym Izb na koszt skazanych, bądź też przez nałożenie grzywny do 500 zł. Grzywny powinny być użyte na fundusz poprawy bytu rodzin, pozostałych po zmarłych członkach Izby.

(3) Kara nagany pociąga za sobą utratę prawa wybieralności przy najbliższych wyborach.

(4) Kara zawieszenia w prawach członka Izby pociąga za sobą utratę prawa wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej w Państwie na czas zawieszenia, a także utratę prawa wybieralności i wybierania na okres zawieszenia oraz na przeciąg dalszych 5 lat; nie powoduje natomiast utraty uprawnień, nabytych wskutek należenia członka Izby do instytucji ubezpieczeniowych na wypadek śmierci.

(5) Skreślenie z listy członków Izby Lekarsko-dentystycznej pociąga za sobą utratę prawa wykonywania praktyki lekarsko-dentystycznej oraz wszelkich praw, wynikających z należenia do Izb Lekarsko-dentystycznych z zastrzeżeniem, wymienionym w art. 10 ust. (6).

Art. 22. Do orzekania w sprawach dyscyplinarnych powołane są:

1) jako instancja pierwsza — sądy dyscyplinarne Okręgowych Izb Lekarsko-dentystycznych, złożone z 8 — 12 członków, wybieranych przez Rady tych Izb;

2) jako instancja odwoławcza — sąd dyscyplinarny Naczelnej Izby Lekarsko-dentystycznej, złożony z 9 członków, wybranych przez walne zebranie tej Izby, 5 członków, mianowanych zpośród członków wszystkich Izb Lekarsko-dentystycznych przez Ministra Opieki Społecznej, i 4 członków, mianowanych przez Ministra Sprawiedliwości zpośród sędziów.

Art. 23. (1) Sądy dyscyplinarne Okręgowych Izb Lekarsko-dentystycznych orzekają w składzie 3 członków.

(2) Sąd dyscyplinarny Naczelnej Izby Lekarsko-dentystycznej orzeka w składzie 5 członków, w skład którego wchodzą 2 członkowie z pośród wybranych przez walne zebranie Naczelnej Izby Lekarsko-dentystycznej, 2 z pośród mianowanych przez Ministra Opieki Społecznej i 1 z pośród sędziów, mianowanych przez Ministra Sprawiedliwości.

Art. 24. Sądy dyscyplinarne są w zakresie orzecznictwa niezawisłe.

Art. 25. Minister Opieki Społecznej ustali w porozumieniu z Ministrem Sprawiedliwości szczegółowe przepisy o organizacji sądów dyscyplinarnych Izb Lekarsko-dentystycznych, ich właściwości i trybie postępowania dyscyplinarnego, o rzecznikach dyscyplinarnych i obrońcach oraz o kosztach postępowania dyscyplinarnego.

Rozdział VI.

Sąd polubowny.

Art. 26. (1) Spory między członkami Izb Lekarsko - dentystycznych oraz spory członków tych Izb z pacjentami mogą być za pisemną zgodą stron przekazane do rozstrzygnięcia sądowi dyscyplinarnemu Izby, jako sądowi polubownemu.

(2) Przy rozpoznawaniu spraw przez sądy polubowne stosuje się odpowiednie przepisy księgi trzeciej części pierwszej kodeksu postępowania cywilnego, o ile przepisy ustawy niniejszej inaczej nie stanowią.

Rozdział VII.

Nadzór państwowy nad Izbami Lekarsko-dentystycznymi.

Art. 27. Minister Opieki Społecznej sprawuje nadzór zwierzchni nad działalnością Naczelnej Izby Lekarsko - dentystycznej i Okręgowych Izb Lekarsko-dentystycznych oraz ich organów.

Art. 28. Naczelna Izba Lekarsko-dentystyczna przesyła do wiadomości Ministra Opieki Społecznej bezpośrednio, a Okręgowe Izby Lekarsko-dentystyczne za pośrednictwem Naczelnej Izby Lekarsko-dentystycznej sprawozdanie roczne zarządu i komisji rewizyjnej, zamknięcia rachunkowe zaś niezwłocznie po zatwierdzeniu ich przez właściwe organa Izb.

Art. 29. (1) Minister Opieki Społecznej może uchwały organów Izb Lekarsko - dentystycznych zawiesić lub uchylić, jeżeli uchwały te są sprzeczne z obowiązującymi przepisami ,albo naruszają lub mogą naruszyć porządek lub interes publiczny. Niezależnie od tego Minister Opieki Społecznej władny jest rozwiązać organ, który taką uchwałę powziął.

(2) W razie rozwiązania organu na podstawie ust. (1) Minister Opieki Społecznej mianuje zpośród członków wszystkich Izb Lekarsko - dentystycznych komisarza, który pełni obowiązki rozwiązanego organu i najpóźniej w ciągu 6 miesięcy od dnia rozwiązania przeprowadzi nowe wybory. Minister Opieki Społecznej ustala w drodze zarządzenia szczegółowe przepisy o zakresie działania komisarza i trybie postępowania.

Art. 30. Minister Opieki Społecznej może w granicach ustawy niniejszej wydawać zarządzenia, regulujące działalność Izb Lekarsko-dentystycznych, ich organów oraz instytucji przy nich utworzonych.

Rozdział VIII.

Przepisy przejściowe i końcowe.

Art. 31. Utworzenie pierwszych Okręgowych Izb Lekarsko - denty-

stycznych i Naczelnej Izby Lekarsko-dentystycznej porucza się Ministrowi Opieki Społecznej, który w tym celu wyznaczy komisarza rządowego.

Art. 32. Utworzenie Okręgowych Izb Lekarsko-dentystycznych i Naczelnej Izby Lekarsko-dentystycznej powinno być dokonane w ciągu 9 miesięcy po wejściu w życie ustawy niniejszej.

Art. 33. Regulaminy i statuty Okręgowych Izb Lekarsko-dentystycznych powinny być przedłożone Naczelnej Izbie Lekarsko-dentystycznej do zatwierdzenia najdalej w ciągu 6 miesięcy po jej ukonstytuowaniu, regulamin i statut Naczelnej Izby Lekarsko-dentystycznej — w tym samym terminie Ministrowi Opieki Społecznej. Termin ten może być przez Ministra Opieki Społecznej przedłużony.

Art. 34. Przepisy art. 21 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 25 września 1932 r. o wykonywaniu praktyki lekarskiej (Dz. U. R. P. Nr. 81, poz. 712) stosuje się odpowiednio do praktyki lekarsko-dentystycznej.

Art. 35. Przepisy ustawy niniejszej nie naruszają specjalnych postanowień lub uprawnień, przewidzianych w umowach międzynarodowych.

Art. 36. Wykonanie ustawy niniejszej porucza się Ministrowi Opieki Społecznej w porozumieniu z właściwymi ministrami.

Art. 37. Ustawa niniejsza wchodzi w życie z dniem ogłoszenia i obowiązuje na całym obszarze Państwa.

Prezydent Rzeczypospolitej: *I. Mościcki*
Prezes Rady Ministrów: *Sławoj Składkowski*
Minister Opieki Społecznej: *Marian Zyndram Kościałkowski*

Z inicjatywy Rady Centralnej Stowarzyszeń Stomatologów i Lekarzy dentystów Rzp. 6., Tow. Stomatologicznego i Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej w Warszawie w dniu 15 stycznia r. 1938, o godz. 20 w Auli „Anatomicum" U.J.P. przy ulicy Chałubińskiego 5 odbyło się zebranie informacyjne dla lekarzy-dentystów, na którym radca prawny Min. Opieki Społ. magister pr. Witold Wojnarski wygłosił referat omawiający sprawę zatwierdzonej Ustawy o Izbach Lekarsko-dentystycznych przez Senat w dniu 17 grudnia r. 1937. Obecnych było kilkaset osób, przeważały niewiasty. Rzecz charakterystyczna, znanych na naszym terenie krzykaczy reklamistów nie zauważono. Widocznie, nie przejmują się tą ważną sprawą, nie przypisują, być może, nowej instytucji zawodowej zbytniego znaczenia (gruboskórność wierzy jeszcze w swoją wytrwałość). Na zebraniu obecni byli również przedstawiciele Min. Op. Społ. (Departamentu Służby Zdrowia) płk. dr. Babecki, Dyrektor Wydziału Zdrowia Komisariatu Rządu na m. Warszawę dr. Eberhardt, profesorowie

katedr specjalnych Akademii Stomatologicznej. Zebranie zagaił kol. Perliński, prezes Rady Centralnej Zrzeszeń Stomatologów i Lekarzy-dentystów, powołując na honorowego przewodniczącego płk. dr. Babeckiego, a na sekretarza mjr. lek. dent. Karnibada.

W wygłoszonym referacie radca Wojnarski zwrócił uwagę, że samo przeczytanie Ustawy nie utworzy należytego obrazu stanu rzeczy, w wielu przypadkach konieczne będzie podawanie wyjaśnień, komentarzy w miarę dalszego rozwoju spraw. Stosownie do poszczególnych działów zatwierdzonej Ustawy (p. wyżej) radca Wojnarski odpowiednio zanalizował różne punkty, zgrupowane w odnośnych artykułach: istotne cechy I. L. d. i ich charakter publiczno-prawny, przymus należenia, urzędowy charakter przedstawicielstwa, zawodu na zewnątrz wobec władz państwowych i samorządowych, uzyskanie stałego sądownictwa dyscyplinarnego, praw posiadania własnego majątku, podział Izb na okręgi wojewódzkie (proponowano utworzenie 3—4 Izb, które nie miałyby mniej niż po 500 członków ze względu na konieczność zredukowania kosztów ich utrzymania), powołanie przez Min. Op. Społ. komisarza wyborczego, jego atrybucje, zakres działania Izb, wewnętrzna organizacja i ustalenie regulaminów, wybory i szczegóły zasady dokonywania wyborów, terminy wyborów, wybory różnych komisji i sądu dyscyplinarnego, koszty związane z istnieniem Izb i ubezpieczeń, sądy dyscyplinarne i polubowne, ich organizacja, nadzór nad Izbami Lek.-dentystycznymi. Wkońcu radca Wojnarski zaznaczył: „dążeniem zarówno władz państwowych jak i izbowych jest i powinno być zawsze dobro państwa i zawodu. Władze państwowe, powołując do życia Izby Lekarsko-dentystyczne, umożliwią im wywiązanie się z ciążących na nich zadań przy jednoczesnym uszanowaniu samorządu. Lekarze-dentyści zaś ze swej strony powinni ze względu na własne dobro podporządkować się nowemu porządkowi rzeczy i lojalnie wywiązywać się z nowych obowiązków. Dotychczasowa przeszłość zawodu lekarsko-dentystycznego w tym zakresie jest chlubna, o czym świadczy fakt przyznania temu zawodowi prawa do własnego samorządu; fakt ten powinien być zrozumiany jako dowód uznania dla dotychczasowej pracy zawodu ze strony Rządu i Parlamentu. Wysoko dzierżony sztandar powinien teraz jeszcze wyżej być wzniesiony".

Na liczne pytania mgr. Wojnarski udzielił odpowiedzi. W dyskusji zabierali głos: kol. kol. przewodniczący Perliński, Ujejski, Sachs i Konstantin. Kol. Sachs w krótkim zarysie przedstawił dzieje zrealizowania Izby Lek.-dentystycznej, wyrażając podziękowanie dla Min. Op. Społ. Kol. Perliński zatrzymał się na wyjaśnieniu różnych bolączek zawodu, wyrażając nadzieję, że Izba ostatecznie je uzdrowi (sprawa leków, firmantek, partactwa wielu techników dentystycznych i tp.). Kol. Ujejski zwrócił uwagę na stronę techniczną tak zorganizowania Izby jak i pro-

wadzenia wobec tego, że pociągnie to za sobą wiele wydatków, co w obecnych warunkach ekonomicznych, zwłaszcza zawodu lek.-dentystycznego na skutek szalonej konkurencji (również osób niepowołanych) może zbyt obciążyć budżet każdego członka. Zwrócił więc uwagę na to, aby wszelkie składki były możliwie dostępne. Z drugiej strony — wobec konieczności poświęcenia wiele czasu i pracy, związanej z działalnością Izb L. d., która to będzie bezinteresowna, możliwe jest, że niewielu kolegów ze względu na liczne urzędy znajdzie się chętnych do pracy.

Kol. Konstantin przytoczył krótki przebieg akcji związanej z utworzeniem Izb L. d., omówił ich wielkie znaczenie dla zawodu z różnych punktów widzenia, zaznaczając, że chętnych do pracy wśród młodszej generacji stanowczo się znajdzie. Nadmienił, że niezależnie od prowadzonej przez zrzeszenia akcji władza przełożona sama doszła do przekonania o konieczności utworzenia Izb L. d., które przy poparciu Rządu zdołają ostatecznie pomyślnie rozwiązać niejedną sprawę, co bez wątpienia wpłynie na pokierowanie zawodu na lepsze tory w walce o nasze lepsze Jutro.

Referent radca Wojnarski udzielił wszelkich wyjaśnień, po czym przewodniczący kol. Perliński, dziękując przedstawicielom władz, referentowi p. Wojnarskiemu oraz przybyłym w sporej ilości kolegom, zebranie zamknął.

W niedzielę dnia 6 lutego r. b. p. radca mgr Wojnarski wygłosił również referat informacyjny w sprawie Izby L. d. na zebraniu Związku Lekarzy-dentystów w Łodzi, na które przybyli z Warszawy kol. kol. Sachs, i Ujejski.

Zebranie odbyło się w siedzibie Izby Lekarskiej Łódzkiej. Zaproszeni zostali wszyscy lekarze-dentyści Województwa Łódzkiego przez zarząd Związku Lekarzy-dentystów w P. Polskim. Jako gość był obecny naczelnik Woj. Wydziału Zdrowia dr. Salak. Obecnych było przeszło 150 osób. Przewodniczył kol. Ujejski; przy stole prezydialnym zasiedli: dr. Salak, kol. kol. — Sachs, Sokalski, prezes Oddziału Łódzkiego, Łączyński (Pabianice) i Konarska (Zrzeszenie Absolwentów A. St.). W referacie, wygłoszonym przez p. mgr Wojnarskiego, również zapoznano obecnych z istotą, celami, charakterem Izb L. d., sposobem ubezpieczenia członków, procedurą wyborów itd. (p. wyżej).

Następnie kol. Sokalski w swoim referacie przytoczył genezę powstania Izby, historię walki o Izbę, akcentując niektóre fakty, szczególne zasługi Związku i Rady Centralnej Zw. Stomatologów i Lekarzy-dentystów Rzp. P.

Kol. Sachs udzielił wyjaśnień i uwag, dotyczących Izb, sądów dyscyplinarnych, deontologii l. d., ewentualne rozmieszczenie Izb. Projektowane jest utworzenie 4 Izb: Warszawa z woj. Białostockim, Poznańskim, Pomorskim — Woj. Łódzkie, Śląskie lub Kieleckie z siedzibą Łódź ew. inne miasto — Woj. Południowe z Wołyniem i Lublinem i Woj. Wschodnie z Wileńszczyzną. Izby mają być tak rozmieszczone, aby Izby Okręgowe posiadały najmniej 600 członków i wydatki Izby nie były by zbyt duże.

Po przerwie kol. Ujejski mówił o zadaniach członków Izby, aby wyrównać się w poziomie wiedzy i pracy, aby lek. dent. uspołecznili się, biorąc udział w pracy społeczno-obywatelskiej, w walce z technikami itd.

W dyskusji mgr Wojnarski uzupełnił szczegółowo informacje o Izbach (po czym wobec konieczności wyjazdu do Warszawy opuścił zebranie).

W dalszym ciągu zebrania, które miało nadal charakter dyskusyjny, bez powzięcia jakich bądź uchwał ostatecznych, kol. Sachs wyjaśnia sprawę składu członków Izb. Okr. z punktu widzenia politycznego i wyznaniowego. Aby Izby mogły normalnie istnieć i odpowiadać swemu przeznaczeniu, należy wybory przeprowadzić w ten sposób, aby % wybranych członków do zarządów i komisji z pośród mniejszości w stosunku do ogółu Polaków był zachowany w takimże stosunku, jaki jest stosunek ludności mniejszościowej do większości Polaków. Takie ujęcie sprawy uważano za słuszne w imię dobra zawodu. W myśl tej zasady należy ustosunkować się do oczekujących wyborów. Kol. Łączyński wyjaśnia, że utworzyła się komisja porozumiewawcza Rady Centralnej i Zrzeszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej, celem wyboru i ustalenia członków zarządów i komisji Izb w tymże stosunku i wyraża zadowolenie ze słusznego ujęcia sprawy przez kol. Sachsa i seniora l. d. Ciężara, który również w tej sprawie podobnyż głos zabrał.

Kol. Ujejski zaznacza, że praca w Związku dawała mu zawsze duże zadowolenie moralne, obecne zaś zebranie większe sprawia mu zadowolenie wobec ujęcia sprawy.

Kol. Sachs apeluje do kolegów Związku, aby opodatkowali się po zł. 10 na wydatki organizacyjne, które będą duże; dąży się do tego, aby do maja rb. Izby zostały zorganizowane ze względu na Ustawę Samorządową, ktora przewiduje wybór do zarządów przedstawicieli wolnych zawodów, a więc Izb. Lekar.-dent.

Zebranie zostało zakończone. Wywołało ono dodatnie wrażenie. Kol. Łączyński słusznie zaznaczył: „wybór — to robota koronkowa, jak jedna nić się zerwie, wszystko pęka“.

„Nowy Głos“ nr. 47 z dnia 16 lutego rb. donosi:

„Łódź i Poznań w walce o siedzibę Izby Lekarsko-dentystycznej.

Ustawa o wprowadznie Izb Lekarsko-dentystycznych przewiduje utworzenie czterech okręgów w całym państwie, Łódź wspólnie z Poznaniem ma tworzyć jeden okręg. Obecnie rozpoczęły się pertraktacje, gdzie ma się mieścić siedziba okręgu. Poznań gotów jest Łodzi ustąpić siedzibę, ale pod warunkiem, że na 9 członków zarządu okręgowego 7 będzie chrześcijan a 2 Żydów. Żądania te Łódź odrzuciła i zamierza przyłączyć się do okręgu warszawskiego.

W dniach najbliższych nastąpić ma rozstrzygnięcie sprawy.“

W Warszawie powstała komisja porozumiewawcza co do przyszłych wyborów i składu stanowisk. Do komisji wydelegowano 3-ch członków z ramienia Rady Centralnej i 3-ch z ramienia Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej I — kol. kol. Ujejski, Esigman i Karnibad, II — kol. kol. Łączyński, Konstantin i Krygier.

Sprawozdania.

Z Akademii Stomatologicznej w Warszawie
Sprawozdanie za r. ak. 1936 37.

W dniu 12 grudnia 1936 r. w Auli Akademii Stomatologicznej przy ul. Marszałkowskiej nr. 151 odbyło się wręczenie dyplomów absolwentom A. S. z r. ak. 1936,37.

Rektor A. St. prof. dr. Modrakowski złożył szczegółowe sprawozdanie za ub. r. ak. 1936/37.

Rok sprawozdawczy upłynął pod znakiem realizacji zapowiedzianych przez Min. W. R. i O. P. pismem z dn. 15.II.1937 r. nr. IV UP. 423 37 dążeń do stworzenia Akademii jak najlepszych warunków rozwoju i dania jak najgruntowniejszego wykształcenia jej wychowankom. W trosce o rozwój nauczania Ministerstwo zarządziło na wniosek Rady Profesorów przedłużenie studiów o jeden rok, wprowadzając do programu okulistykę, medycynę sądową, rentgeno- i radiologię wraz z terapią fizykalną.

Ministerstwo życzliwie potraktowało potrzebę obsadzenia na stałe katedr specjalnych i szybko zamianowani zostali profesorami nadzwyczajnymi:

doc. dr. Marian Zeńczek — profesorem ortodoncji,

doc. dr. Konrad Szepelski — profesorem dentystyki zachowawczej.

Nad wyborem profesora ostatniej nie obsadzonej jeszcze katedry protetyki dentystycznej zastanawia się specjalnie w tym celu powołana przez Radę Profesorów komisja.

Zabiegi o zrekonstruowanie Rektoratu w tym sensie, aby do jego składu wszedł specjalista stomatolog, zostały pomyślnie zakończone zatwierdzeniem przez P. Ministra W. R .i O. P. wyboru Rady Profesorów na protektora Akademii prof. dr. Alfreda Meissnera.

Ministerstwo W. R. i O. P. wystąpiło do Ministerstwa Skarbu z wnioskiem o wyjednanie na budowę gmachu pożyczki w kwocie 750.000 zł.

W roku ub. w Akademii przestali wykładać zasłużeni i długoletni profesorowie: dr. Tomasz Janiszewski, dr. Ludwik Paszkiewicz i dr. Marian Grzybowski. Na miejsce pierwszego zaproszony został prof. dr. Witold Gądzikiewicz, na miejsce drugiego — doc. dr. Wilhelm Czarnocki, jako trzeci — doc. dr. Stanisław Kapuściński.

Ze składu pomocniczych sił naukowych przestali pracować w Akademii: lek.-dent. Walicka Lidia, lekarz-dent. kliniczny przy Kat. Ortodoncji, lek.-dent. Pawłowska Wanda, mł. asystentka przy Kat. Chirurgii Stomatol., lek.-dent. Gąsowska Jadwiga, st. asystentka Kat. Dentystyki Zachowawczej, (zmarła 14.VI. 1937 r.). Przy wykładach zleconych ubyli: dr. Zgierska-Strumiłło Jadwiga, Rakowski Lech, Krzywicka Maria i Mordyński Kazimierz.

Uwolnione miejsca na stanowiskach asystenckich obsadzone zostały przez: lek.-dent. Konrat Halinę, mł. asystentka przy Kat. Ortodoncji, lek.-dent. Miłodrowską Marię, mł. asystentka przy Kat. Chirurgii Stomatol., oraz przy wykładach zleconych przez dr. Kowalskiego Franciszka, Minczewskiego Jerzego, dr. Lewińską Helenę i Kołsuta Feliksa.

Poza tym zaszły zmiany w stosunku służbowym niektórych asystentów. Lek.-dent. Bogumiła Zakrzewska i Janina Lansbergerowa zwolnione zostały ze stanowiska prowizorycznych st. asystentek z powodu przebycia w tym charakterze dopuszczalny maksymalny okres czasu, t. j. lat 10; pracują one jednak nadal w Akademii, jako kontraktowe lekarki-dentystki kliniczne. Natomiast kontraktowi asystenci lek.-dent. Maria Wesołowska i dr. Franciszek Bohdanowicz zajęli oswobodzone etaty st. asystetntów prowizorycznych.

Należy zaznaczyć, że warunki pracy personelu naukowego są odmienne, niż w innych szkołach akademickich. Personel Akademii Stomatologicznej, jako instytucji samowystarczalnej pod względem wydatków rzeczowo-administracyjnych, w dużej mierze troszczyć się musi nie tylko o należyte nauczanie młodzieży, ale nie mniej z konieczności i o dochody uczelni, od wysokości których zależy stopień zaspokajania jej potrzeb. Biorąc pod uwagę już opłacanie samego czynszu komornianego, wynoszącego około 55 tysięcy zł. rocznie to już w przybliżeniu można sobie przed-

stawić jej ciężary finansowe. Tylko gorliwa i wydatna praca całego personelu, pełna poświęcenia dla dobra Akademii może podołać jej potrzebom. Ciało profesorskie po za wyłuszczonymi obowiązkami nauczania i administrowania katedrą i kliniką względnie zakładem, wiele czasu poświęcać musi pracy w różnych komisjach.

Do przeprowadzenia konkursowego egzaminu wstępnego w roku akad. 1937/38 wybrani zostali prof. Ludwik Szperl i prof. Włodzimierz Filiński.

W sprawach naukowych wyjeżdżał do Kopenhagi na Zjazd „Arpa" w charakterze delegata Akademii Stomatologicznej prof. dr. Konrad Szepelski. Zawdzięczając Ministerstwu Rel. iOśw. Publ., starsza asystentka Katedry Dentystyki Zachowawczej lek.-dent. Bogumiła Zakrzewska była na studiach w Berlinie i Bolonii, otrzymawszy na ten cel z Ministerstwa stypendium w kwocie zł. 1500.

Skarbonka Profesorska przeznaczyła w ostatnim roku:

Stowarzyszeniu Polskich Rękodzielników i Przemysłowców „Gwiazda" w Waszkowicach n. Czeremoszem w Rumunii .	zł.	35
Macierzy Szkolnej w Gdańsku	„	25
Komitetowi Stołecznemu Dnia Polaka z Zagranicy	„	20
Katolickiemu Związkowi „Caritas"	„	35
Zjednoczeniu Pracowników Niewidomych Rz. P.	„	35
Polskiemu Związkowi Zachodniemu	„	50
Komitetowi Zbiórki na Dar Narodowy 3 Maja	„	100
Komitetowi Budowy Kościoła św. Teresy od Dzieciątka Jezus na Powiślu	„	100
Polskiemu Czerwonemu Krzyżowi	„	50
Polskiej Lidze Przeciwalkoholowej	„	25

Ogółem studiowało w r. ub. 487 osób. Na rok I przypada 122 osoby, II rok — 125, III rok — 123 i IV rok — 117 osób. W tym roku w wyniku przeprowadzonych egzaminów wstępnych, przyjęto na rok I-szy nowych studentów 105 osób obywateli polskich i 7 osób obywateli obcych; poza tym przyjęto na II rok 5 osób, na III rok — 2 osoby i na IV — 2.

Zgłosiło się do egzaminu wstępnego 523 kandydatów.

Rezultaty rocznych egzaminów przejściowych były następujące:

Na I roku:	zdało wszystkie egzaminy	100	stud.
	zrezygnowało ze studiów	2	„
	pozostało na drugi rok na tym samym kursie . .	15	„
	skreślono z listy studntów z powodu niezdania wymaganych egzaminów po przebyciu 2 lat na kursie I-szym	5	„
na II roku:	zdało wszystkie egzaminy	104	„
	pozostało na drugi rok na tym samym kursie . .	18	„

	skreślono z lisy studentów z powodu niezdania wymaganych egzaminów po przebyciu 2 lat na II-gim kursie	3 „
na III roku:	zdało wszystkie egzaminy	120 „
	pozostało na drugi rok na tym samym kursie .	3 „
na IV roku:	zdało wszystkie egzaminy dyplomowe . .	86 „
	nie zdało całkowitego egzaminu dyplomów .	3 „
	nie zdało z 1 przedmiotu	18 „
	dopuszczono do egzaminu w marcu 1938 r. .	5 „
	powtarza IV rok studiów	3 „
	skreślono	2 „

Uzupełniły egzamin dyplomowy 2 absolwentki z r. akad. 1935/36, powtórzyło całkowity egzamin 2 abs. z r. ak. 1935/36 i przystąpiła po raz pierwszy 1 abs. z 1934/35 r.

Na podstawie wyników końcowego egzaminu państwowego dyplomowego Rada Profesorów przyznała dyplomy z ukończenia Akademii Stomatologicznej 85 osobom. Uzyskało nostryfikację dyplomów zagranicznych 5 osób.

Opieką zdrowotną otacza studentów Towarzystwo Przyjaciół Młodzieży Akademickiej; kuratorem tegoż Towarzystwa jest doc. dr. K. Kaczyński.

Z Katedry Chirurgii Stomatologicznej wyszły 4 prace naukowe.

Z Katedry Dentystyki Zachowawczej wyszły 23 prace naukowe.

Z Katedry Protetyki Dentystycznej wyszło 5 prac naukowych.

Z Katedry Ortodontycznej wyszły 3 prace naukowe.

Wkońcu Rektor zaznaczył, że uważa za miły obowiązek podkreślić z prawdziwym uznaniem pracę nie tylko obowiązkową, lecz istotnie ofiarną całego personelu administracyjnego Akademii Stomatologicznej, który pod sprężystym i przez wieloletnie doświadczenie wyrobionym kierownictwem p. Groszewskiego przyczynił się w dużej mierze do rozwoju Akademii.

Prof. Meissner miał wykład p.t. „Czy sprawy zapalne ropne w tkankach otaczających ząb stanowią przeciwwskazania do ekstracji? (streszczenie podamy).

Po wykładzie Rektor odczytał ślubowanie, które każdy absolwent otrzymując dyplom, składa przez podanie ręki Rektorowi w chwili wręczenia dyplomu.

Po wręczeniu dyplomów, Rektor prof. Modrakowski zwrócił się do dyplomantów, serdecznie życząc im powodzenia zarówno w życiu osobistym jak i obranym zawodzie, w który wstępują. Wkońcu zaznaczył: „Przynoście ulgę cierpiącym, spełniając godnie przyjęte na siebie posłannictwo lekarza w myśl złożonego ślubowania“.

Pożegnalne przemówienie wygłosił przedstawiciel dyplomantów Józef Żarczyński:

„Zebranie dzisiejsze, podczas którego doznaliśmy wysokiego zaszczytu otrzymania dyplomów, powinno nosić zgodnie z tradycją lat ubiegłych charakter podniosłej uroczystości.

Tymczasem uroczysty i radosny charakter dnia zwrotnego w życiu absolwentów zredukowany został do ściśle wewnątrzuczelnianego zebrania, którego terenem jest szczupła i skromna sala wykładowa, a nie, jak zwykle bywało, wspaniała aula Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego.

Przyczyną tego faktu jest zawód, jaki spotkał absolwentów Akademii Stomatologicznej w postaci nie przyznania im przez Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego tytułu lekarza - stomatologa, tytułu, który w ciągu dwóch lat był nadawany naszym poprzednikom.

Szczególnie nas, absolwentów z 1937 roku, boli i drażni ta sprawa, pierwsi bowiem wstępowaliśmy na pierwszy rok studiów świeżo utworzonej Akademii Stomatologicznej jako ci, którzy po ukończeniu jej korzystać mieli z ustanowionego przez Radę Profesorów tytułu lekarza-stomatologa.

Wśród długich dyskusji a namiętnych ataków czynników, wrogo usposobionych do młodej uczelni, dojrzała myśl cofnięcia utrzymującego się w ciągu dwóch lat tytułu lekarza-stomatologa i powrotu do przedawnionego i nieaktualnego tytułu lekarza-dentysty. Cieszyliśmy się wszyscy, gdy w roku 1933 nauka polska wzbogacona została o jedną placówkę więcej, której na imię Akademia Stomatologiczna.

Cieszymy się dzisiaj, że Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego zatwierdziła plan 5-cioletnich studiów, załatwia definitywnie sprawę doktoratów, przyczynia się do podniesienia poziomu wiedzy, ku chwale nauki polskiej.

Tym mocniej jednak stoimy na stanowisku, że tam, gdzie się podnosi poziom wiedzy i rozszerza zakres pracy, tam musi być też współmierna nagroda za wysiłki i trudy, a dla nas nagrodą ową jest tytuł brzmiący: lekarz-stomatolog.

Wspomniałem już, że młoda uczelnia spotkała się ze złośliwą działalnością czynników nie związanych ani z nią, ani z jej władzami, a szkodzących jej na każdym kroku, na każdej drodze, wiodącej do jej świetności.

Jako przedstawiciel pokolenia młodych lekarzy, zapewniam Was Dostojni, że płomienia wiedzy i związanego z nią czynu wyniesionych z murów naszej uczelni nic zgasić nie zdoła.

Nie ścierpimy wglądu czynników niepowołanych w sprawy naszej uczelni i obniżania jej autorytetu.

W walce o nasze słuszne prawa przetrwamy do chwili, gdy wytrwanie i mocna wola wynagrodzone zostaną sprawiedliwością.

Dziś wobec specjalnego charakteru zebrania dyplomy mieliśmy otrzymać w ciszy, bez zabierania głosu przedstawiciela absolwentów.

Ponieważ jednak w ciągu tych czterech lat studiów prócz olbrzymiej wdzięczności za dane nam wyższe wykształcenie wytworzyło się wśród nas uczucie głębokiego szacunku i sympatii dla kierowników uczelni, przeto niech wolno mi będzie w imieniu absolwentów wyrazić w krótkich słowach wyrazy podziękowania za trudy i pracę położoną dla nas.

Jego Magnificencjo, Panie Rektorze, kiedy w ubiegłym roku akademickim, gdy złośliwe ataki jednostek przeważały nad sprawiedliwą opinią ogółu społeczeństwa, stwarzając błędne koło zamętu, który wzburzył normalny tryb życia uczelni, Ty byłeś Ojcem i Przyjacielem naszym. Potrafiłeś Swymi zarządzeniami łagodzić wzburzone umysły i kierować je na drogi umiaru i rozsądku.

To też zdobyłeś sobie, tak jak i Twój dostojny poprzednik miłość i uznanie całej braci studenckiej.

Czcigodni Panowie Profesorowie, Szanowni Panie i Panowie Asystenci. Za pracę i trudy położone dla nas, za sympatię i życzliwość tylekroć wykazywane w różnych okolicznościach naszego studenckiego życia, niech wolno mi będzie wyrazić przynajmniej część tej naszej wdzięczności, która naprawdę płynie ze szczerego i otwartego serca.

Wreszcie, wyrazy wdzięczności i uznania kieruję pod adresem naszych władz administracyjnych. Wszystkim, a w szczególności Panu Kierownikowi Sekretariatu składam głębokie podziękowanie za pracę i serdecznie i jakże nieraz w czas udzielone rady.

Kończąc, podkreślić chcę, Dostojni, że kontakt nas absolwentów z Wami i Uczelnią nie kończy się z chwilą opuszczenia jej murów. Przeciwnie— kontakt ten pogłębiać się będzie podczas przyszłych zjazdów, podczas przyszłych zebrań naukowych.

My zawsze będziemy uważać siebie za cząstkę ściśle związaną moralnie z naszą świątynią wiedzy, z naszą Akademią, której wszyscy życzymy jak najwspanialszego rozwoju ku chwale wiedzy i nauki Odrodzonej Polski".

W grudniu 1937 r. przyznano dyplomy na stopień lekarza-dentysty niżej wymienionym:

1. z Achsów Błońska Maria Helena Bronisława, 2. Ajzensztejn Abram, 3. Apfel Michał, 4. Arciszewska Pelagia, 5. Berensztejn Genia, 6. Blumenfeld Doba Ruchla, 7. Boretti Halina, 8. z Buczkowskich Judycka Janina Maria, 9. z Budnickich Dobrzyńska Antonina, 10. Bułka Ewa Wanda, 11. Cetnarska Jadwiga, 12. Chadżijew Donczo Ilijew, 13. Czermińska Zofia Maria, 14. Dłużniewska Alicja Zofia, 15. Drobyszewska Maria, 16. Dziubińska Hanna Krystyna, 17. Gerber Jadwiga, 18. Grabias Edward Mieczysław, 19. Grob Janina, 20. Gyża Orest, 21. Hirszfeld Alina, 22. z Hordejuk-Za-

niewickich Sosińska Janina Leokadia, 23. Issler Anszel, 24. z Jackiewiczów Turecka Zofia Jadwiga, 25. Jereczek Edyta Agnieszka, 26. Jodko Kamilla, 27. Karbowska Wiesława Maria, 28. Kępska Krystyna Anna, 29. Klatt Henryk Feliks, 30. Kmita Janina Zofia, 31. Kolanek Maria Melania, 32. Koper Zofia Maria, 33. Kozłowski Józef Maciej, 34. Kryżanowskyj Mikołaj, 35. Kulikowski Aleksander, 36. Laskowska Janina Amelia, 37. Lichtenpacht Maria, 38. Liwszyc Kalman, 39. Majewska Irena Florentyna, 40. Mintz Tadeusz, 41. Motz Zofia Anna, 42. Mrozowski Tomasz Marian, 43. Niemiec Stanisław Jan, 44. Niepielska Maria Bogusława, 45. Orzeszko Helena, 46. Pachelski Zygmunt Bogumił, 47. Pap Ester, 48. Patocka Zofia Wanda, 49. Popowa Jordana Christowa, 50. Radomski Marian, 51. Radzicka Zofia Barbara, 52. Rozensztejn Dan, 53. Rupniewska Zofia, 54. Rutkowska Romana Maria, 55. Sawnor Wojciech Jerzy, 56. Skab Mikołaj, 57. ze Słomkowskich Zaorska Maria Feliksa, 58. Sobolewska Irena Maria, 59. Sosińska Izabela Witalisa, 60. Suchyj Roman, 61. Szafader Matylda, 62. Szamawska Jadwiga, 63. Szulc Irena, 64. Śpiewankiewicz Regina, 65. Tańska Anna Barbara, 66. z Truszyńskich Artemienko Ariadna, 67. Tucka Stanisława, 68. Ussakowska Natalia, 69. z Wajnkranców Grynwasser Zofia, 70. Walew Stefan Kolew, 71. Więckowska Krystyna Władysława, 72. Wilkosz Maria Janina, 73. Władimirow Władimir Milanow, 74. Wolska Joanna Irena, 75. Wójcik Helena Janina, 76. Wyszomirska Elżbieta Maria Magdalena, 77. Zajdenberg Jerzy, 78. Zalewska Janina, 79. Zatorska Irena Jadwiga, 80. ze Zglinickich Krzywińska Halina Maria, 81. Zielińska Barbara Maria, 82. Zybert Aleksandra, 83. Zygmunt Irena Zofia, 84. Żarczyński Józef, 85. Żebrowska Stanisława Halina.

Lista, osób które otrzymały dyplom nostryfikowany w grudniu 1937 r.

1. Chaszkowska Zofia Elżbieta, 2. Parnes Schlome Herz, 3. Rejch Aleksander Herbert, 4. Schein Helena Ida, 5. Sussman Otto.

Zjazdy.

XV Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie. 4 — 7 lipca 1937 r.

Jako 29 Sekcja Stomatologiczna XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, odbył się

VII polski zjazd stomatologiczny.

W różnych okresach czasu, podczas dawniej odbytych zjazdów stomatologicznych, szczęście nam jakoś sprzyjało. W myśl przyjętych zwyczajów,

jak to się zresztą dzieje na zjazdach lekarskich, w liczbie innych redakcji pismo nasze otrzymywało również ze sekretariatów nie tylko ogólne sprawozdanie, lecz i streszczenia wygłoszonych referatów. Działo się to, rzecz prosta, dla dobra sprawy—w interesie też zjazdów. Sprawozdawcy pism pomimo najlepszej chęci z różnych względów nie mogą pomyślnie wywiązać się ze swego zadania, tym bardziej, że w ogólnym pośpiechu jest to nawet zadanie trudne do rozwiązania. A gdy dodamy, że często ludzie nie spełniają przyjętego na siebie obowiązku, lekceważą nawet swoje role, będziemy mieli całokształt istotnego stanu rzeczy.

Do ostatnio odbytych dwóch Zjazdów Stomatologicznych pismo nasze jakoś nie miało szczęścia, ani do organizatorów, którzy nie tylko w myśl zwyczaju nie uważali za właściwe honorować redakcję pisma przez przysłanie odpowiedniego glejtu, ale znalazł się jeden poważny członek — organizator, poprz. zjazdu, który żądał nawet „składki" w kw. zł. 15, nie orientując się, że przysłane komunikaty Zjazdu pochłonęły poważne wydatki na druk i papier, które to wykonane zostały gratis! Dzięki interwencji prof. Wilgi i prof. Zenczaka, nie doszło wówczas na tym tle do scysji ze „strażą" przy drzwiach, bowiem redaktor nie miał w klapie ani żetonu, ani w garści biletu wejścia. Natomiast „swoich" było sporo. Osobiste wylegitymowanie się było niedostateczne. Mało tego. Redakcja, nie otrzymawszy żadnego sprawozdania (szczegółowego) od prezydium Zjazdu również wbrew zwyczajom i poprzednim Zjazdom Stomatologicznym, listownie zwróciła się do wszystkich referentów o przysłanie streszczeń referatów ew. w razie życzenia — oryginału lub odpisu do wydrukowania w całości. Lwów, Wilno, Poznań, Łódź (w części) i inne miasta załatwiły prośbę redakcji pomyślnie. Referenci warszawscy przeważnie z grona personelu Ak. Stomatologicznej w Warszawie (nazwisk nie wymieniamy) nie tylko nie spełnili naszej prośby, lecz nie dali nawet żadnej odpowiedzi wbrew przyjętym zwyczajom z wyjątkiem p. Galasińskiej — Landsbergerowej. Nie komentujemy faktu, nie przejmujemy się też podobnym sposobem traktowania sprawy, która wszak nie może być uważana jako sprawa wyłącznie osobista.

Ostatni Zjazd we Lwowie (29 Sekcja XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich).

Nie mówimy o niewłaściwym ustosunkowaniu się niektórych członków Komitetu Organizacyjnego i o dobieraniu sobie swoich, którzy w sprawach zawodowych, jak to mówią, „nigdy palcem w bucie nie kiwnęli". To wszak są „swoi". Sprawy tej wobec powstałego chaosu nie chcieliśmy poruszyć, tym bardziej, że o licznych i bardzo ciekawych zebraniach Stałej Delegacji Zjazdów Stomatologicznych od czasu wyjazdu z W-wy prof. Cieszyńskiego (1-go zebrania organizacyjnego w „Polonii") nas więcej nie zawiadomiono o następnych zebraniach wbrew poprzednim postanowieniom.

Wszak zebrania Stałej Del. Zj. Stomat. nie mogą być uważane za ściśle tajne czyli poufne.

Całą walkę, jaka toczyła się przed ost. Zjazdem, postanowiliśmy przetrwać wobec tego, że nie wiedzieliśmy co się dzieje na różnych zebraniach, poprzedzających Zjazd. A, jak wiadomo, mieliśmy de facto dwa Zjazdy Stomatologiczne. Powstał nowy Komitet Organizacyjny Sekcji Stomatologicznej resp. VIII Zjazdu Stomatologicznego, o którego organizacji nic nie wiedzieliśmy, bowiem nie przysłano żadnego zawiadomienia.

Chcąc jednak zapoznać czytelników „Kroniki" z przebiegiem Sekcji Stomatologicznej czyli VIII Zjazdu Stomatologicznego w ramach XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, zwróciliśmy się do prezydium Zjazdu i do różnych osób zainteresowanych, będących w ściślejszym z nim kontakcie, o szczegóły czyli o sprawozdanie dla celów kronikarskich. Bezskutecznie. Odsyłano nas „od Annasza do Kaifasza". Zakomunikowano nam, że ktoś ostatecznie wszystko zabrał t.j. cały materiał zjazdowy. I od tego „kogoś" nic nie mogliśmy wydobyć. Być może, chodziło o to, aby broń Boże sprawozdanie nie ukazało się wcześniej, nim będzie wykorzystane przez kogo innego. Aczkolwiek obowiązek ten należy w myśl ustalonego zwyczaju do sekretariatu Zjazdu, jednak i ten nie mógł spełnić naszej prośby wobec tego, że materiału już nie posiadał.

I tym razem pismo nasze do referentów nie miało szczęścia. Chcąc otrzymać streszczenia wygłoszonych referatów, zwróciliśmy się do nich piśmiennie. Niestety, i tym razem referenci z grona personelu Ak. Stomatologicznej nie tylko że nie przysłali streszczeń, lecz wogóle nie odpowiedzieli na listy z wyjątkiem p. Galasińskiej - Landsbergerowej, która widocznie inaczej zapatruje się na słuszne żądania pisma, a to w interesie dobra sprawy: czym więcej osób czyta, tym lepiej; chodzi wszak o nauczanie innych.

O ujęciu w tak oryginalny sposób sprawy, t.j. o ignorowaniu słusznej prośby, mówić tu nie będziemy.

Ze Lwowa, Przemyśla i Warszawy referaty z Sekcji ew. streszczenia otrzymaliśmy. Również streszczenia referatów wygłoszonych na II oddzielnym VIII Zjeździe Stomatologicznym otrzymaliśmy.

Wobec powyższego sprawozdanie ze Sekcji Stomatologicznej resp. **VIII** *Zjazdu Stomatologicznego podajemy zgodnie z materiałem, który w różny sposób mogliśmy uzyskać. Streszczenia podamy jedynie te, które otrzymaliśmy, w dziale „streszczeń".*

Zjazd rozpoczął się 5 lipca 1937 r. Zagaił gospodarz 29 Sekcji prof. dr. Meissner, który w gorących słowach powitał kolegów, przybyłych na Zjazd, oraz wspomniał o tych, którzy z różnych powodów przybyć nie

mogli. Podziękował za liczny udział w Zjeździe jako też za zgłoszone referaty w liczbie 36. Osób, jak nam podano, przybyło 100.

Na przewodniczącego Ogólnego Zebrania wybrano prof. dr. Zeńczaka, na zastępcę prof. dr. Szepelskiego, na sekretarza dr. Szafrana (Lwów), na jego zastępcę l. d. Grzybowskiego (Warszawa).

Następnie wybrano przewodniczących honorowych: J. Magnificencję Rektora Akademii Stomatologicznej prof. dr. Modrakowskiego, b. Rektora Akad. Stom. prof. dr. Nitscha i prof. hon. Ak. St. dr. Wilgę.

Po tym wyborze wybrano przewodniczących i sekretarzy posiedzeń naukowych:

Poniedziałek dnia 5 lipca — przew. prof. dr. Zeńczak, doc. dr. Cybulski, mjr. lek. dent. Karnibad; sekretarze: lek. dent. Maksajdowska i lek. dent. Janowicz.

Wtorek dnia 6 lipca — przew. prof. dr. Szepelski, dr. Gorczyński, lek. dent. Łączyński; sekretarze: lek. dent. Wesołowska i Szaniawska.

Środa dnia 7 lipca — przew. dr. Allerhand, lek. dent. dr. Borusiewicz, lek. dent. Neyman; sekretarze: lek. dent. Grzybowski i lek. dent. Morawski.

Wybrano komisje: a) Komisję Regulaminową, b) Komisję Wojskową, c) Komisję Zawodową i d) Komisję wniosków, której skład stanowili wszyscy przewodniczący obrad i prezydium Sekcji.

Po dokonaniu wyborów nastąpiły przemówienia powitalne przedstawicieli Związków Stomatologów i Lekarzy-dentystów, Stowarzyszenia Absolwentów Akademii Stomatologicznej, Związku Lekarzy-dentystów i Stomatologów Ziem Zachodnich Polski i in.

Po ukończeniu tej oficjalnej części Zjazdu, przystąpiono do normalnych programem przewidzianych obrad naukowych Sekcji, jako VIII Zjazdu Stomatologicznego.

Dzień I-szy. Poniedziałek od godz. 8 — 11.

1. *Dr. Allerhand (Lwów).* Paradentoza a medycyna ogólna.

2. *Dr. Wł. Szafran (Lwów).* Rola witamin i gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu w powstawaniu próchnicy zębów.

3. *Finkelkraut - Frankenberg l. d. (Warszawa).* Wpływ odżywiania na organizm i jamę ustną.

Poniedziałek 5 lipca od godz. 15 — 19.

4. *Prof. dr. M. Zeńczak (Warszawa).* Biogeneza nieprawidłowości szczękowych.

5. *Lek. Roth (Poznań).* Agranulocytosis, przypadek polikliniki Stom. U. P.

6. *Prym. dr. Grüss (Lwów).* Problemy agranulocytozy w stomatologii.

7. *Dr. med. dent. Schatzker (Lwów).* Badania nad ograniczeniem ślinotoku w czasie zabiegów stomatologicznych (doniesienie tymczasowe).

8. *Prof. dr. Meissner (Warszawa).* Zagadnienia ekstrakcji zębów w stomatologii.

9. *Prof. dr. Meissner.* Dolne zęby mądrości jako czynnik powstawania paradentosis.

10. *Prof. dr. Meissner.* Górne zęby mądrości jako częste a nierozpoznane miejsca powikłań w jamie ustnej.

Wtorek 6 lipca 1937, godz. 8 — 11.

11. *Doc. dr. Cybulski (Warszawa).* Wpływy biologiczne w protetyce.

12. *Prof. dr. Szepelski (Warszawa).* Biologia próchnicy.

14. *Lek. - dent. mjr. Karnibad (Warszawa).* Szkolenie lekarzy - dentystów na wypadek wojny.

15. *Dr. Szafran (Lwów).* Przygotowanie zawodu na wypadek wojny.

16. *Dr. Szafran (Lwów).* Możliwość rozwiązania profilaktyki stomatologicznej w wojsku polskim.

17. *Lekarz Skonieczka (Poznań).* Znaczenie lekarza - stomatologa dla zdrowia publicznego.

18. *Lek.-dent. Łączyński (Pabianice).* Ustawodawstwo skarbowe w odniesieniu do zawodu lekarsko-dentystycznego.

Wtorek 6 lipca od godz. 16 — 19.

19. *Doc. dr. Cybulski (Warszawa).* Próby zastosowania stopów srebra w protetyce.

20. *Lek.-dent. Szaniawska (Warszawa).* a) Wyniki ropowic przyszczękowych w Klinice Chirurgicznej Akademii Stomatologicznej, b) Znaczenie kamienia karborundowego dla schorzeń w jamie ustnej.

21. *Lek.-dent. Maksajdowska (Warszawa).* Nowoczesne biologiczne wypełnienie przewodów.

22. *Dr. med. Schatzker (Lwów).* Z ostatnich badań anestezjologii stomatologicznej.

23. *Dr. Allerhand (Lwów).* O reformie nauczania nauczycieli.

Środa 7 lipca, od godz. 8 — 11.

24. *Dr. Szafran (Lwów).* Z rozważań nad dziedzicznością powstawania próchnicy.

25. *Lek.-dent. Konstantin (Warszawa).* Metal Alba jako wypełnienie ubytków.

26. *Lek.-dent. Grzybowski (Warszawa).* O wypadkach przy czynnościach stomatologicznych.

27. *Prof. dr. Szepelski (Warszawa).* Antistreptina w dentystyce.

Po południu w środę odbyły się posiedzenia Komisji. Komisja wniosków uchwaliła przedstawić dwa wnioski na plenum ogólnego Zjazdu a szereg wniosków na plenarne zebranie Sekcji Stomatologicznej XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich.

Powzięte uchwały:

a) Sekcja Stomatologiczna XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników jako VIII prawomocny Polski Zjazd Stomatologiczny zakłada uroczysty i kategoryczny protest przeciwko dokonanej przez WP. Prof. Dr. Antoniego Cieszyńskiego próbie, mającej na celu oddzielenie VIII Polskiego Zjazdu Stomatologicznego, jako Sekcji Stomatologicznej Zjazdów Lekarzy i Przyrodników Polskich, od XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, a więc próbie, cechującej zakusy rozbicia jedności z oczywistą szkodą dla dobra nauki polskiej.

b) Sekcja Stomatologiczna XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, jako VIII prawomocny Polski Zjazd Stomatologiczny, ma zaszczyt złożyć wyrazy serdecznej podzięki Wielce Szanownemu Komitetowi Organizacyjnemu XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich za łaskawe i życzliwe poparcie naszych wysiłków w kierunku zorganizowania Sekcji Stomatologicznej, jako VIII Polskiego Zjazdu Stomatologicznego, w wyniku czego umożliwiono nam zniwelowanie skutków poczynań, zmierzających do zerwania łączności ze Zjazdami Lekarzy i Przyrodników Polskich.

Kronika.

Odznaczeni.

Odznaczony został Złotym Krzyżem Zasługi Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia Min. Op. Społ. dr. Jan Adamski.

Odznaczony został Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski prof. dr. Franciszek Czubalski, prof. U. J. P. i prof. Akademii Stomatologicznej w Warszawie.

Na mocy zarządzenia Pana Prezydenta Rzeczypospolitej odznaczeni zostali za zasługi w służbie wojskowej: podpułkownik w st. spocz. dr. Władysław Ostaszewski, stomatolog (Warszawa) — Złotym Krzyżem Zasługi, dr. Edward Szalit, stomatolog (Tarnów) — Medalem Niepodległości za pracę w dziele Odzyskania Niepodległości, major lek. dent. Stanisław Beno (Warszawa) — Złotym Krzyżem Zasługi (Monitor Polski nr. 64 z dnia 19 marca 1937 r.).

Z departamentu służby zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej.

Naczelnik Wydziału Farmaceutycznego Departamentu Służby Zdrowia Min. Op. Społ. ppłk. mgr Wacław Sokolewicz z dniem 1-ego lutego r. b. opuścił swoje stanowisko.

Stanowisko naczelnika tegoż Wydz. Farm. Depart. Sł. Zdr. Min. Op. Społ. z dniem 1-go lutego r. b. objął ppłk mgr Teodor Pastecki, dotychczasowy kierownik Wojskowego Zakładu Zaopatrzenia Sanitarnego w Warszawie.

Sprawa wyborów do rad miejskich.

Nowy projekt ordynacji wyborczej do Rad Miejskich 6 gł. miast — w Warszawie, Krakowie, Lwowie, Łodzi, Poznaniu i Wilnie przewiduje odbycie wyborów na jesieni r. b. Liczba mandatów, przypadająca na Warszawę, wynosi 100, na Łódź 84, w Krakowie, Lwowie i Poznaniu po 76, w Wilnie 70. Nie wszyscy radni będą wybierani w głosowaniu powszechnym. W Warszawie przez głosowanie powszechne wybranych będzie tylko 60 radnych, w Łodzi 50, w Krakowie, Lwowie i Poznaniu po 46, w Wilnie 40. Wynika, że faktycznie przez wybory nie przejdzie blisko 40% radnych. Ci będą wybierani nie przez głosowanie powszechne, lecz przez organizacje gospodarczo-społeczne oraz przez organizacje pracowniczo-zawodowe, wyznaczone przez wojewodę na prowincji, w Warszawie przez Komisarza Rządu. Wybory przeprowadzą komisje wyborcze. Przewodniczących głównej i okręgowych komisji wyborczych oraz połowę składu tych komisji mianuje wojewoda, w połowie zaś skład komisji wyznaczony jest przez Zarząd Miejski. W Warszawie przewodniczącego głównej komisji wyborczej mianuje Minister Spraw Wewnętrznych.

Według czynnika wyborczego wypadnie, iż z ramienia zatwierdzonej Izby L. d. również wejdą jej przedstawiciele jako członkowie do Rad Miejskich o ile do czasu wyborów Izba ostatecznie się zorganizuje.

Praktyczny katalog zębów sztucznych.

Firma De Trey wydała ostatnio luksusowo ilustrowany Katalog Zębów, mający dużą wartość praktyczną. Stanowi wydawnictwo większej objętości i dużego rozmiaru; obejmuje różne rodzaje zębów sztucznych firmy De Trey: zęby „Solila“, zęby „Anatoform“ o długich zaczepkach, licówki Steele‘a, zęby rurkowe „Anatoform“ i koronki De Trey‘a. Ilustracje doskonale uwidoczniają wszelkie formy zębów, odpowiadające wymaganiom protetyki i umożliwiające zastosowanie indywidualnie do poszczególnego przypadku.

Katalog znacznie ułatwia każdorazowe dobieranie zęba podług numeracji Katalogu (zęby szerokie, krótkie, wąskie, długie, specjalnie płaskie z cienkim korpusem), uzgodnionej z numerem Wzoru Barw (Kolornika),

bez różnicy, czy dotyczy to robót kauczukowych, lub też metalowych. Praktyk każdorazowo może się skomunikować z daną składnicą dentystyczną, podając powyższe szczegóły: nry kompletów zębów w Katalogu oraz nr. zęba według Wzoru Barw. Ilustracje grup zębów, ujętych w formie tablic —kompletów i oddzielnych garniturów — są tak subtelnie wykonane, iż niemal całkiem zbliżone są do zębów porcelanowych De Trey'a.

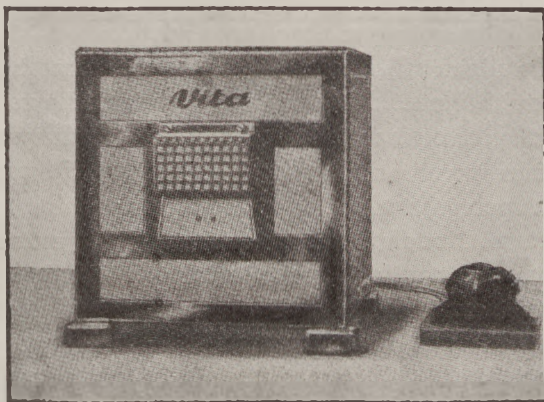
Zwięźle ujęty tekst podaje szczegółowe objaśnienia, dotyczące poszczególnego rodzaju zębów, jako też wskazówki, związane z ich użyciem dla różnych celów protetyki.

Wydrukowany na grubszym papierze kredowym Katalog w efektownej i mocnej oprawie, tworzy wydanie trwałe, co wobec częstego korzystania w pracy codziennej stanowi dodatnią jego cechę.

Katalog otrzymać można bezpłatnie w przedstawicielstwie firmy De Trey: Detreyco, Warszawa, Śto Krzyska 28.

Kursy i pokazy ceramiki dentystycznej „Vita"

Rzucane na rynek handlowy szególnie ostatnio masy porcelanowe oraz utensylia dla celów ceramicznych: porcelana, piece do wypalania oraz różne przyrządy do przygotowania wstawek porcelanowych, bloczków do zębów sztucznych i koron nakrywkowych czyli t. zw. żakietowych są coraz różnorodniejsze. Wśród tych znajdują się masy, wymagające dla obróbki wiele czasu i pracy, nieraz dosyć zawikłanej; sama procedura wypalania w piecach nieraz o złożonej budowie jest dosyć skomplikowana; szersze więc udostępnienie ich ze względu na wysokie ceny jest poniekąd nieco zahamowane, aczkolwiek ma się do czynienia ze solidnymi wyrobami większych firm.



Piec „Vita"

Wśród różnych wyrobów dla celów ceramiki dentystycznej masy ceramiczne Vita znalazły już szersze rozpowszechnienie:

masa do koron o punkcie topliwości 1130°C — trudnotopliwa, łatwotopliwa do wkładek 930°C,

masa dziąsłowa i korzeniowa o punkcie topliwości 980°C,
masa do powlekania (malowania) w rureczkach szklanych, zawierających 9 barwników.

Masy te znajdują się w handlu w opakowaniach normalnych, klinicznych i sortymentach (małych, częściowo całkowitych). Do tych dochodzi odpowiednie instrumentorium i porcelanowe płytki kontrolne.

Piec Vita (model 37) zawiera największą wśród tego rodzaju pieców muflę ze specjalnego materiału, wyrównającego ciepło. Ta własność mufli umożliwia natychmiastowe wchłanianie ciepła, wydzielanego przez sztaby krzemowe. Dzięki temu są obciążone i wytrzymują 800—1000 godz. palenia.

Mufla pieca Vita jest izolowana grubą warstwą izolacyjną, uniemożliwiającą promieniowanie ciepła, podczas gdy inne piece wymagają dla uzyskania należytej temperatury zastosowania opornika. Mierzenie temperatury w piecu Vita odbywa się za pomocą specjalnych płytek kontrolnych z oznaczoną t° 930°C i 1130°C.

Wobec tego, że ceramika Vita znalazła coraz większe rozpowszechnienie ze względu na znacznie uproszczoną procedurę, dla celów praktycznego zaznajomienia się ze szcegółami firma „Alro" w Warszawie urządziła okresowe kursy praktyczne z pokazami, które w Polsce trwają już kilka miesięcy. Kursy te obejmują nowoczesną ceramikę systemu Vita: wstawki (plomby), korony nakrywkowe (żakietowe), zęby na sztucznym dziąśle z zastosowaniem nowoczesnych zębów Vita.

Kursy te i pokazy spotkały się z dużym zainteresowaniem wśród kolegów. Odbywały się już w Warszawie, Łodzi, Poznaniu, Katowicach, Krakowie.. Aczkolwiek Kursy były płatne (trwały tydzień 4—5 godz. dziennie), w Warszawie brało udział przeszło 100 osób. Między nimi byli też asystenci i asystentki Akademii Stomatologicznej, którzy przestudiowali całą procedurę ceramiki Vita. Osoby, obeznane już z robotami ceramicznymi z pośród kolegów jak i poważniejszych techników dentystycznych, zaznaczają pewne zalety masy Vita, polegające m. in. na uproszczonej procedurze i łatwej manipulacji z piecem. Modelowanie koron syst. Vita jest znacznie ułatwione. Dobieranie kolorów według kolornika zębów Vita, którym ściśle odpowiada masa porcelanowa, gwarantuje pewność koloru, wobec czego unika się żmudnej pracy i straty czasu z dobieraniem kolorów, jak to się dzieje przy innych porcelanach.

Pokazy potrwają jeszcze w Polsce kilka miesięcy w większych miastach, po czym będą zorganizowane stałe kursy i pokazy w przedstawicielstwie Vita w lokalu Domu handlowego „Alro", z inicjatywy której obecnie kursy odbywają się w Polsce.